

CONGRESSO INTERNACIONAL DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Evidência e Práticas na Promoção do Recovery



7 e 8 de março, 2019

Universidade do Minho – Campus de Gualtar

Livro de Resumos

Cofinanciado por:



UNIÃO EUROPEIA
Fundo de Coesão



CONGRESSO INTERNACIONAL DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Evidência e Práticas na Promoção do Recovery



Cofinanciado por:



Livro de Resumos do Congresso Internacional de Saúde Mental e Psiquiatria: Evidência e Práticas na Promoção do Recovery

Coordenadores

Ermelinda Macedo

Filomena Gomes

Analisa Candeias

Ana Duarte

Bárbara Pires

Carla Azevedo

Sílvia Peixoto

Catarina Iglésias

Irene Silva

Antónia Garcia

Março, 2019

Braga, Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho

ISBN 978-989-98852-3-3

Março 2019

O desenvolvimento de um encontro científico pressupõe a partilha de saber e a partilha das diferentes visões que compõem o tecido de uma área de conhecimento. O *Congresso Internacional de Saúde Mental e Psiquiatria: Evidência e Práticas na Promoção do Recovery*, que ocorreu a 7 e 8 de março de 2019, foi organizado pela Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho e pela Casa de Saúde do Bom Jesus – Instituto das Irmãs Hospitalleiras do Sagrado Coração de Jesus, no âmbito de uma parceria desenvolvida pelas duas instituições naquilo que foi o Projeto InterComuniCaRe - Intervenção Comunitária no Caminho do Recovery.

O *Congresso Internacional de Saúde Mental e Psiquiatria: Evidência e Práticas na Promoção do Recovery* integrou uma diversidade de temas no âmbito da saúde mental e da psiquiatria, com especial ênfase no recovery da pessoa com doença mental. Este Livro de Resumos conta com a participação dos palestrantes que compuseram os diferentes momentos do Congresso, divulgando diferentes realidades nacionais e internacionais no que diz respeito à promoção do recovery. Para além desta participação, o Livro de Resumos conta ainda com a publicação dos resumos de participantes no Congresso que quiseram contribuir para esta diversidade com as suas comunicações livres. Acrescentamos que todos os textos publicados neste Livro de Resumos são da inteira responsabilidade dos seus autores.

Sabemos que existe ainda um longo caminho a percorrer, que apenas pode ser realizado se existir partilha e fomento da criação de conhecimento. Esperamos que o *Congresso Internacional de Saúde Mental e Psiquiatria: Evidência e Práticas na Promoção do Recovery*, e consequentemente este Livro de Resumos, possam estabelecer-se como parte do suporte para esse caminho, com a certeza de que os maiores beneficiários serão as pessoas com doença mental.

A Comissão Científica

Índice

PROGRAMA DO CONGRESSO	4
COMISSÕES	7
CONFERÊNCIAS	9
COMUNICAÇÕES LIVRES	24

PROGRAMA DO CONGRESSO

Dia 7 de março (quinta-feira)

9h00'	Abertura do Secretariado
10h00'	Sessão de Abertura
11h00'	<i>Coffee Break</i>
11h30'	<p>Conferência Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental: uma resposta para pessoas com doença mental grave e dependência Psicossocial</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Manuel Lopes Palestrante▪ Fernando Petronilho Comentador
12h30'	Pausa para Almoço
14h30'	<p>Conferência Recovery e Integração Comunitária de Pessoa com Experiência de Doença Mental</p> <ul style="list-style-type: none">▪ José Ornelas Palestrante▪ Ermelinda Macedo Comentadora
15h30'	<i>Coffee Break</i>
16h00'	<p>Mesa redonda Experiências e Relatos das Instituições no Processo de Recovery da pessoa com doença mental</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Paulo Cerqueira O Impacto do <i>Empowerment</i> no <i>Recovery</i>: A Experiência do Grupo de Autorepresentação da Casa de Saúde do Bom Jesus▪ Carlos Violante Da Reabilitação ao <i>Recovery</i>: o paradigma da CSSJD-Barcelos▪ João Teles Processo de <i>recovery</i> nos cuidados continuados integrados na região Porto▪ Dina Lopes <i>Recovery</i> na doença mental: as experiências no serviço de Psiquiatria do Hospital de Braga▪ Analisa Candeias Comentadora
17h00'	Comunicações Livres

Dia 8 de março (sexta-feira)

9h30'	Conferência Enabling Recovery focused Organisational Change: Ethical, Effective and Efficient <ul style="list-style-type: none">▪ Julie Repper (Director of ImROC-Implementing Recovery through Organisational Change) Palestrante▪ António Palha Comentador
10h30'	<i>Coffee Break</i>
11h00'	Conferência Os caminhos da psiquiatria e saúde mental: do passado para o futuro <ul style="list-style-type: none">▪ João Palha Palestrante▪ Filomena Gomes Comentadora
12h30'	Pausa para Almoço
14h30'	Projeto InterComuniCaRe: Intervenção Comunitária no Caminho do Recovery <ul style="list-style-type: none">▪ Ermelinda Macedo (Investigadora Responsável do Projeto) Palestrante▪ Carla Azevedo (Investigadora do Projeto) Palestrante▪ Simão Vilaça Comentador
16h30'	Sessão de Encerramento e de Atribuição de Prémio para “Melhor Comunicação”

COMISSÕES

Comissão Organizadora

Ermelinda Macedo (ESE-UM)
Filomena Gomes (ESE-UM)
Analisa Candeias (ESE-UM)
Ana Duarte (ESE-UM)
Bárbara Pires (ESE-UM)
Carla Azevedo (CSBJ)
Sílvia Peixoto (CSBJ)
Catarina Iglésias (CSBJ)
Antónia Garcia (CSBJ)
Irene Silva (CSBJ)

Comissão Científica

Ermelinda Macedo (ESE-UM)
Filomena Gomes (ESE-UM)
Analisa Candeias (ESE-UM)
Ana Duarte (ESE-UM)
Bárbara Pires (ESE-UM)
Carla Azevedo (CSBJ)
Sílvia Peixoto (CSBJ)
Catarina Iglésias (CSBJ)
Antónia Garcia (CSBJ)
Paula Palmeira (CSBJ)
Irene Silva (CSBJ)
Manuel Lopes (UE-ESESJD)
José Ornelas (ISPA)
Julie Repper (ImROC)
Paulo Cerqueira (CSBJ)
Carlos Violante (CSSJD)
João Teles (Hospital Magalhães Lemos)
Dina Lopes (Hospital de Braga)
João Palha (CSBJ)
Fernando Petronilho (ESE-UM)
Simão Vilaça (ESE-UM)
António Palha (CSBJ)

CONFERÊNCIAS

CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS DE SAÚDE MENTAL: UMA RESPOSTA PARA PESSOAS COM DOENÇA MENTAL GRAVE E DEPENDÊNCIA PSICOSSOCIAL

Manuel Lopes

Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus – **Comprehensive Health Research Centre** – mjl@uevora.pt

De acordo com a Organização Mundial de Saúde a saúde mental pode definir-se como o estado de bem-estar no qual o indivíduo tem consciência das suas capacidades, pode lidar com o stress habitual do dia-a-dia, trabalhar de forma produtiva e frutífera, e é capaz de contribuir para a comunidade em que se insere (WHO, 2004).

Em Portugal, quer os estudos de prevalência quer os indicadores, dizem-nos que a doença mental afeta uma percentagem elevada da população. Assim, “em 2016, um em cada cinco portugueses sofreu de uma doença psiquiátrica e quase metade já teve uma destas perturbações durante a vida” (Ministério da Saúde, 2018). Por outro lado, o peso da incapacidade medido em YLDs (anos vividos com incapacidade) é de 19%, um valor muito superior ao de qualquer outro dos Programas Prioritários da Direção Geral de Saúde. E o peso da incapacidade medido em DALYs (anos de vida ajustados à incapacidade) é de 9,2%, o segundo maior valor entre os 9 Programas Nacionais de Saúde Prioritários.

Estão assim criadas as condições ideais para o desenvolvimento de situações de doença mental grave cuja prevalência estimada é de 4% da população adulta. É destas situações que resultam a maior parte das condições de incapacidade psicossocial moderada e grave. Esta condição define-se como a situação objetiva de redução total ou parcial da capacidade da pessoa com doença mental para desempenhar as atividades da vida diária, no contexto social, familiar e profissional.

Este grupo de pessoas insere-se num grupo mais amplo de pessoas com dependência para as quais urge desenvolver uma resposta estruturada, integrada e de proximidade, que garanta o respeito e a dignidade, desde logo através de uma perspetiva de reabilitação e de integração no seu meio sociofamiliar.

Foi com esta finalidade que foram criados os Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental.

Quase 2 anos após o início das primeiras experiências piloto, qual o balanço? Como se deve perspetivar o desenvolvimento desta resposta?

RECOVERY E INTEGRAÇÃO COMUNITÁRIA DE PESSOA COM EXPERIÊNCIA DE DOENÇA MENTAL

José Ornelas

ISPA – Instituto Universitário de Lisboa – jose.ornelas@ispa.pt

Nesta comunicação iremos apresentar uma reflexão sobre os desafios que se colocam atualmente no campo da saúde mental comunitária. As mudanças operadas nas últimas décadas, com os processos de desinstitucionalização, conduziram à criação de serviços na comunidade para as pessoas com experiência de doença mental. Embora reconhecendo os benefícios desta transição, consideramos que são necessários novos modelos de intervenção que previnam a segregação das pessoas com experiência de doença mental num sistema de serviços e contribuam para a sua participação efetiva na comunidade. Com base na literatura teórica e num conjunto substantivo de investigação, apresentamos uma perspetiva inspirada nos princípios da integração comunitária e do empoderamento que pode orientar a promoção duma mudança transformativa no campo da saúde mental comunitária. A título ilustrativo, descrevemos duas práticas promissoras – o emprego apoiado e a habitação independente com apoio, fundamentais para a transformação das condições de vida das pessoas com experiência de doença mental e para a promoção dos processos de recovery, empoderamento e de integração na comunidade.

O IMPACTO DO EMPOWERMENT NO RECOVERY: A EXPERIÊNCIA DO GRUPO DE AUTOREPRESENTAÇÃO DA CASA DE SAÚDE DO BOM JESUS

Paulo Cerqueira

Casa de Saúde do Bom Jesus; Enfermeiro Chefe; narcisocerqueira@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O processo de recovery deve permitir às pessoas portadoras de doença mental adquirir as competências necessárias para que se envolvam no processo de recuperação, participando ativamente nos processos de tratamento, fazendo escolhas e propondo alternativas. Desta forma, a pessoa ganha controlo do seu destino e influência as estruturas organizacionais e sociais na forma com estas interferirem na sua qualidade de vida.

Em Maio de 2012, a CSBJ incentivou a eleição de um grupo de pessoas com experiência de doença mental, de forma a constituir um grupo que se propusesse a representar e promover os interesses das pessoas internadas a partir dos princípios fundamentais do recovery (empowerment, autoajuda e “advocacy”). Tendo ainda como base de trabalho a Carta dos direitos e deveres da pessoa internada.

Para colaborar neste processo de recovery os elementos do Grupo de Auto Representação (GAR) contam com a colaboração de técnicos facilitadores que identificaram um conjunto de técnicas de facilitação do empowerment. Selecionaram indicadores de empoderamento coletivo e procuram adaptar este processo de recuperação às características individuais de cada um, para dessa forma otimizar a dignidade e o respeito pela pessoa assistida, aumentar a participação dos elementos nas decisões, restituir o sentimento de poder e decisão sobre o processo de saúde e aumentar a autoconfiança.

A Experiência do Grupo de Autorepresentação da Casa de Saúde do Bom Jesus

O surgimento da doença mental no decurso da vida da pessoa, confronta-a com os seus limites e posiciona-a de forma a deparar-se com os obstáculos do meio, necessitando de desenvolver estratégias de adaptação para as ultrapassar. Se não conseguir encontrar recursos, em si ou no meio, que a ajudem a enfrentá-los, vive um período de maior ou menor desorganização, em função da perceção que tem da situação, surgindo assim a crise. A incorporação de conhecimentos, alteração do seu comportamento e mudança na definição do “Eu” são essenciais para ultrapassar com sucesso esse processo de transição. Monteiro e Matias (2007) referem que até há bem pouco tempo, a doença mental era considerada um processo de e para uma vida inteira, com evolução negativa. Aceitava-se a desvalorização da pessoa pela presença da doença, e o estigma associado a esta problemática mental é, por sua vez, uma consequência desta visão.

Neste sentido Travanca (2010) constata que se tem vindo a deslocar a atenção, outrora centrada nos profissionais de saúde, para as pessoas alvo dos cuidados.

Na atualidade acredita-se que a pessoa com experiência de doença mental pode recuperar, sendo para tal necessário que desenvolva estratégias de coping para lidar com o stress gerado pela doença.

O recovery não se refere a um produto final ou a um resultado, não significa que a pessoa esteja “curada”, o recovery caracteriza-se por uma cada vez mais aprofundada aceitação de que as limitações são a base, a partir da qual, se pode equacionar as possibilidades de cada um, que são únicas. Este é também o paradoxo do recovery, pois ao aceitar-se o que não se pode fazer ou ser, começa-se a descobrir quem se pode ser e o que se pode fazer, pois o recovery é um processo, é uma forma de vida, é uma atitude e uma forma de abordar os desafios do dia-a-dia (Deegan cit. in Monteiro e Matias, 2007). Este conceito, em vez de se focar nos sintomas, centra-se no bem-estar global, na autodeterminação, na participação social, no exercício de cidadania; incluindo uma dimensão social e política. (Ornelas, 2008).

O empowerment é um movimento de autocontrole que a pessoa experiencia, assim como, a vivência do seu valor pessoal, o que lhe possibilita ter um maior conhecimento e avaliação de si. É um processo que fortalece as pessoas através do aumento do seu controlo sobre a sua vida e de poder decidir sobre as situações que a afetam. Quando a pessoa vivencia experiências de empoderamento sobre a forma de ação coletiva, desenvolvida pelos indivíduos quando participam de espaços privilegiados de decisões, de consciência social dos direitos sociais estamos perante situações de empowerment coletivo (Pereira, 2006).

Brinkerhoff & Azfar (2006) referem que as definições de empowerment expandiram-se para incluir: ter acesso à informação e recursos, ter uma variedade de opções além do sim e do não, exercer a “voz” e a “solução/saída”, sentimento de um indivíduo ou de um grupo do sentido da eficácia e mobilização de outras pessoas com a mesma opinião para metas comuns. “Esse último elemento reflete uma perspectiva de empoderamento que engloba capacidades psicológicas, incluindo crenças nos direitos à cidadania, e aspirações a um futuro melhor” (Brinkerhoff & Azfar, 2006, p. 5). O que vai de encontro à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão 2.0, (2011, p.96), onde é definido que uma das ações a desempenhar pelo enfermeiro na sua prática profissional é “**Dar poder**”, que consiste em: “Promover: Permitir às pessoas realizarem a sua capacidade para influenciar a própria saúde”.

No processo de recovery impulsionado pelo empowerment, a função do profissional de saúde não é a de agir sobre a doença ou a pessoa doente, mas ajudar as pessoas a desenvolver as suas habilidades. (Roso e Romanini, 2014). A autonomia e independência, a auto-aceitação e autoconfiança bem como a capacidade de decidir de forma adequada são habilidades que devem servir de alicerce para interagir com o meio de forma ativa, agindo de acordo com o princípio abstrato do equilíbrio comportamental na sociedade e o princípio ético da justiça com o objetivo de fortalecer a autoestima, a capacidade de adaptação ao meio e de integração social.

No empowerment coletivo trabalhamos com o grupo ou com a comunidade, mas, ainda assim, o indivíduo é o foco. A diferença está no facto de possibilitar a realização de ações transversais. Nesse sentido, para que a organização do grupo seja realmente efetiva é necessário que haja um “esforço para levar em consideração a perspetiva do Outro e reconhecê-la como legítima” (Jovchelovitch, 2008, p. 239), pressupõe que “a comunicação entre Eu e Outro é o caminho para o desenvolvimento de recursos pessoais, sociais e materiais” (Jovchelovitch, 2008, p. 251).

Enquanto técnicos facilitadores de grupos de empowerment coletivo no contexto da saúde mental, necessitamos de questionar quais as representações dinamizadoras. E mais, quem e como, se trabalha hoje a consciencialização da pessoa a quem damos poder? Devemos dar a possibilidade de viver a experiência para a partir daí tomar consciência da sua importância, em vez de esperarmos que a pessoa se consciencialize da importância da experiência para depois lhe dar a oportunidade de a vivenciar.

Para a pessoa tomar controlo da sua própria vida, necessita de se capacitar que tem poder suficiente para fazer escolhas informadas (Travanca, 2010). Sendo este o objetivo do técnico facilitador de grupos semi-dirigidos. Durante esta experiência no papel de técnicos facilitadores de grupos em processo de empowerment que decorre desde 2012 até à atualidade, utilizamos diversas estratégias de facilitação do empowerment, das quais salientamos as apresentadas no Quadro 1.

Estratégias de facilitação do empowerment utilizadas	
- Dotar as pessoas de competências para planear e dinamizar as reuniões semanais do GAR;	
- Dotar as pessoas de competências para a realização de reuniões entre os elementos do GAR e as pessoas assistidas no centro, as chefias intermédias e a direção da instituição;	
- Participar nas reuniões dos serviços com sugestões de atividades para o Plano de atividades anual.,	
- Capacitar e facilitar a elaboração de projetos que visam a reabilitação e a aquisição de novas competências;	
- Facilitar a participação em encontros de Grupos de Autorepresentação (encontros entre pares);	
- Facilitar a participação em eventos científicos na área da saúde mental, envolvendo-se ativamente através da apresentação da experiência do GAR ou de testemunhos individuais de recuperação pessoal;	
- Facilitar a realização de atividades na comunidade com o intuito de vivenciar novas experiências;	
- Capacitar o grupo para identificar necessidades e efetuar sugestões de melhoria;	
- Capacitar para a utilização das redes sociais com o intuito de divulgar as atividades realizadas;	
- Facilitar o envolvimento em atividades de cidadania (ex.: comemoração do dia da saúde mental).	

Com o intuito de monitorizarmos a eficácia das estratégias descritas no Quadro 1, identificamos um conjunto de indicadores para os quais obtivemos os resultados descritos no Quadro 2.

Indicadores	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
N.º de iniciativas promovidas pelo GAR	3	7	10	13	9	11	23
N.º de reuniões realizadas com os técnicos facilitadores	23	45	46	40	35	36	40
N.º de sugestões apresentadas	0	10	4	7	6	14	4
Nº de sugestões procedentes	0	8	3	4	4	9	2
N.º de sugestões implementadas	0	7	3	2	0	5	1
Taxa de sugestões implementadas	NS	88%	100%	50%	0%	56%	50%

Através da análise do Quadro 2, podemos constatar que o GAR evoluiu significativamente ao longo dos anos na capacidade de planear e implementar iniciativas. Em relação ao número de reuniões realizadas com os técnicos facilitadores, nota-se um decréscimo da frequência no último triénio. Enquanto técnicos facilitadores associamos este decréscimo à capacitação para planear com maior autonomia a intervenção.

Uma das estratégias mais eficazes para o GAR influenciar o meio é a elaboração de sugestões de melhoria, em relação a este indicador no Quadro 2 não se verifica uma tendência em relação ao número de sugestões elaboradas por ano. Contudo é possível perceber que a taxa de sugestões consideradas

precedentes pela direção e posteriormente implementadas diminuiu significativamente no último triénio, consideramos que este dado não se traduz numa diminuição do empowerment das pessoas assistidas mas sim num acréscimo da dificuldade da CSBJ em implementar as melhorias necessárias, uma vez que tem aumentado a complexidade das ações inerentes às sugestões e os custos monetários das mesmas.

Para além dos indicadores previamente descritos, ao longo dos anos, observamos que os elementos do GAR, incorporaram conhecimento que permite identificar com mais facilidade uma situação desfavorável, conhecem os canais e mobilizam os recursos disponíveis para alterar a situação e envolvem o grupo.

Segundo o EQUABENCH - Benchmarking European Excellence, a constituição de grupos de empowerment da pessoa com experiência em doença mental, apresenta na ótica da instituição as seguintes vantagens: Facilita a organização na operacionalização da missão; Facilita a implantação de ações; Aumenta as sinergias entre a direção da organização, técnicos, restantes colaboradores e as utentes; Aumenta o feedback sobre as expectativas das utentes. A mesma entidade identifica na ótica do utilizador as vantagens que se seguem: Maior conhecimento acerca da organização, as suas estratégias, visão e missão; Maior comprometimento com os valores, as crenças e os resultados da instituição; Aumento do envolvimento da utente no seu processo de recuperação; Melhoria dos níveis de satisfação da utente, uma vez que, tendo mais influência na tomada de decisão, identifica-se mais com o plano terapêutico proposto e consequentemente aplica-se mais com o intuito de atingir os objetivos. O que vai de encontro à perceção que enquanto técnicos facilitadores temos do processo de empoderamento e recovery vivenciado pelos elementos do GAR.

CONCLUSÃO

A perspetiva de recovery vem transformando o paradigma da Saúde Mental, com mensagens de esperança e confiança. De acordo com os pressupostos do passado, as pessoas com doença mental tinham que aceitar o facto de não poderem ter uma “vida normal”, que a independência era um sonho inatingível e que as institucionalizações de longo termo eram inevitáveis. Contudo à medida que as pessoas experienciam os impulsos e manifestam empowerment, desenvolvem o processo de recovery.

Tem-se evidenciado que este processo de empowerment das utentes da CSBJ altera o ambiente na organização, a quantidade e a qualidade de informação acedida pelas utentes no que diz respeito a um conjunto diversificado de assuntos, nomeadamente as estratégias e os objetivos da organização.

O facto de as ordens e determinações deixarem de seguir apenas um fluxo descendente, onde as poucas sugestões oriundas dos níveis inferiores, eram muitas vezes pouco fundamentadas e inconsistentes, para um modelo no qual as sugestões oriundas dos níveis inferiores são debatidas e devidamente elaboradas antes de serem apresentadas, atribui-lhes uma maior credibilidade e consequentemente uma maior aceitação por parte das entidades às quais se destinam.

Com a implementação deste grupo não podemos dizer que todas as utentes da CSBJ têm um maior nível de empowerment, mas sim que se implementou uma nova forma de promoção do empowerment, direcionada às pessoas com doença mental durante o processo de internamento.

A sua criação permite às utentes terem uma representação previamente definida, que defende os seus interesses através da sugestão de ações que aumentam o envolvimento das utentes no seu processo de recuperação.

A implementação deste grupo tem afetado de forma positiva o clima organizacional, fazendo com que as utentes se sintam mais inseridas nas atividades da CSBJ e consequentemente mais motivadas para vivenciarem o seu processo de recuperação.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brinkerhoff, D. & Azfar, O. (2006). Decentralization and Community Empowerment: Does community empowerment deepen democracy and improve service delivery? [Em linha]. Disponível em http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADH325.pdf. [Consultado em 26-2-2019].

Castro, E. (2011). *CIPE Versão 2 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros.

Chalifour, J. (2009). *A Intervenção Terapêutica – Estratégias de Intervenção*. (G. Toletti, M. C. Vieira, Trad.). Loures, Lusociência.

Corrigan, P., e Ralph, R. (2005). Recovery as Consumer Vision and Research Paradigm. In: Corrigan, P. e Ralph, R (Ed.). *Recovery in Mental Illness: Broadening our understanding of wellness*. Washington: American Psychological Association.

EQUABENCH - Benchmarking European Excellence. (—) *Focalização no Cliente - Guia de Práticas Inovadoras*. [Em linha]. Disponível em http://www.cprg.pt/estudosProjectos/Projectos/Documents/EQUABENCH/Leadership_PT.pdf. [Consultado em 3/3/2019].

Direção Geral de Saúde. (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental*. Lisboa, Direção-Geral de Saúde

Jovchelovitch, S. (2008). *Os contextos do saber. Representações, comunidade e cultura*. Petrópolis, Vozes.

Monteiro, F e Matias, J. (2007). Atitudes face ao recovery na doença mental em utilizadores e profissionais de uma organização comunitária: Uma ajuda na planificação de intervenções efectivas?. In: *Análise Psicológica*, 1 (XXV): 111-125. Lisboa, ISPA.

Ornelas, J. (2008). *Psicologia Comunitária*. Lisboa, Fim de Século.

Pereira, C. (2006). O que é o empoderamento (Empowerment). Sapiência - Informativo Científico da FAPEPI. [Em linha]. Disponível em <http://www.fapepi.pi.gov.br/novafapepi/sapiencia8/artigos1.php>. [Consultado em 01/10/2010].

Roso, A. e Romanini, M. (2014). *Empoderamento Individual, Empoderamento Comunitário e Conscientização: Um Ensino Teórico in Psicologia e Saber Social*. Rio de Janeiro, Edições UERJ, pp. 83-95.

Travanca, P. (2010). Recovery da Pessoa com Experiência em Sintomas Psiquiátricos: O Enfermeiro enquanto Agente Empoderador. In: *Do Diagnóstico à Intervenção em Saúde Mental*. Porto. SPESM, pp. 517-522.

DA REABILITAÇÃO AO RECOVERY: A EXPERIÊNCIA DA CASA DE SAÚDE S. JOÃO DEUS-BARCELOS (CSSJD-B)

Carlos Violante

Casa de Saúde S. João de Deus; Enfermeiro diretor; carlos.violante@isjd.pt

A CSSJD-B é um Estabelecimento Hospitalar fundado em 1928, pertencente à Província Portuguesa da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus e que depende jurídica e administrativamente do Instituto S. João de Deus. Esta instituição, desde os anos 90, tem definida uma intervenção sistematizada em reabilitação psicossocial, sobre um modelo hospital-comunitário, sendo que a partir desta altura os seus utentes passaram a ser alvo e protagonistas de uma série de intervenções em articulação com os diferentes profissionais da instituição, que lhes permitem sobretudo encontrar motivação e autoconfiança para enfrentar as suas limitações e para atingir os objetivos por si traçados.

Este modelo de intervenção permitiu obter ganhos a diferentes níveis tendo evoluído ao longo dos tempos e trouxe-nos no momento atual um novo paradigma, mais focalizado nas pessoas, na compreensão das suas experiências e sobretudo na responsabilização pessoal pelas suas escolhas. Esta mudança está relacionada sobretudo com a premissa de que não basta recuperarmos clinicamente os utentes, pois nesse caso estaríamos a olhar somente para a doença, diz-nos que é necessário que o próprio indivíduo recupere individualmente, que tenha a oportunidade de fazer escolhas mesmo que possam ser erradas na opinião dos profissionais, e que neste processo não devemos procurar a "cura", que muitas vezes é inatingível, mas devemos orientar para a busca do autocontrole e do equilíbrio individual que proporcione uma verdadeira reconquista com projetos e ambições à medida de cada um.

Como exemplos de respostas enquadradas neste paradigma apresentamos as Residências Autónomas de Saúde Mental, integradas nas experiências piloto da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental, a Residência de Treino de Autonomia e o Apoio Domiciliário Integrado em Saúde Mental, Projeto CuiDando.

Nestas respostas mais do que uma perspetiva de tratamento das consequências da doença mental temos a expectativa de ir mais além tentando que as possíveis limitações ou handicaps sejam o motor de partida para uma verdadeira recuperação pessoal, ou seja, que os utentes destas respostas consigam delinear os seus próprios objetivos minimizando as perdas existentes pelos efeitos da doença. O papel dos profissionais prende-se sobretudo com a orientação para a escolha e reflexão individuais e com o reforço do processo de empoderamento dos indivíduos que favoreça uma real transformação.

A nossa experiência permite-nos afirmar assim que recovery e reabilitação são conceitos distintos mas que podem estar associados. Não sendo sinónimos podem ser complementares sendo no entanto que o recovery estará sempre um passo à frente da reabilitação psicossocial na medida em que proporciona uma verdadeira recuperação pessoal independente até de algum protecionismo técnico que os serviços de saúde tendem a manter.

É para nos óbvio que o recovery não é uma intervenção dos profissionais nem das instituições trata-se sim de um percurso pessoal para emancipação e para uma vida melhor. No entanto também defendemos

que a organização dos serviços com uma perspectiva comunitária como a proporcionada pela CSSJD-B, pode ajudar em muito este desiderato favorecendo os processos de recovery individual.

RECOVERY NA DOENÇA MENTAL: AS EXPERIÊNCIAS NO SERVIÇO DE PSIQUIATRIA DO HOSPITAL DE BRAGA

Dina Lopes

Serviço de Psiquiatria do Hospital de Braga; dina.lopes@hospitaldebraga.pt

Conceito de Recovery

A Organização Mundial de Saúde (OMS) destaca a reabilitação psicossocial como um processo que oferece às pessoas que estão debilitadas, incapacitados ou deficientes, devido a perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade. Envolve tanto o incremento de competências individuais como a introdução de mudanças ambientais (OMS, 2002).

Intervenções de Enfermagem Terapêuticas e Psicoterapêuticas no Serviço de Psiquiatria do Hospital de Braga

Intervenções terapêuticas em grupo:

- Educação para a saúde no âmbito de: educação alimentar, consumo de álcool, consumo de tabaco, cuidados com o sol, sono, ergonomia, entre outros;
- Estimulação cognitiva;
- Promoção do comportamento interativo;
- Promoção da comunicação expressiva.

Intervenção psicoterapêutica:

O Regulamento n.º 129/2011 aponta o enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) como tendo competência para prestar “cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional”.

O Regulamento n.º 356/2015 refere que compete ao enfermeiro especialista em ESMP “a promoção de competências, tais como a autoconsciência, a autoestima, a preocupação com os outros, a autoconfiança, as competências sociais, a responsabilidade social e a tolerância”.

Focos trabalhados:

- Autoestima;
- Autoconhecimento (Consciencialização diminuída para manter ou abandonar uma ação);
- Ansiedade;
- Sono;
- Adesão e gestão do regime terapêutico;
- Prevenção da recaída no alcoolismo;
- Ideação suicida.

Consideramos uma prática útil já que as intervenções psicoterapêuticas realizadas pelos enfermeiros especialistas em ESMP apresentam resultados positivos, confirmáveis pela existência de ganhos em saúde.

O trabalho realizado por enfermeiros especialistas em ESMP no serviço de Psiquiatria vem reforçar a ideia de que com dotações mais adequadas é possível exercer a profissão com maior autonomia, prestando cuidados diferenciados à pessoa com doença mental.

Referenciação para as unidades e equipas de saúde mental da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)

O Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de Julho, criou um conjunto de unidades e equipas de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental destinados a pessoas com doença mental grave de que resulte incapacidade psicossocial para a população.

Referenciação: a proposta de admissão é enviada à Equipa Coordenadora Local (ECL) por:

- Serviços locais de saúde mental, hospitais e centros hospitalares psiquiátricos;
- Agrupamentos de centro de saúde, sempre que o utente seja sinalizado na comunidade;
- Unidades psiquiátricas de internamento de longa duração, públicas ou privadas.

A ECL do hospital é composta por:

- Enfermeiro especialista em ESMP;
- Médico psiquiatra;
- Assistente social.

Todos os membros da ECL são notificados via *e-mail*, a equipa reúne e verifica o cumprimento dos critérios de admissão, validação da proposta de referenciação e tipologia adequada.

ENABLING RECOVERY FOCUSED ORGANISATIONAL CHANGE: ETHICAL, EFFECTIVE AND EFFICIENT

Julie Repper

ImROC Director

This presentation will explore the evidence for health, social and economic benefits from taking a Recovery orientated approach and how the ImROC methodology and associated tools provide a framework for implementation across teams, systems, organisations, communities and cultures.

PROJETO INTERCOMUNICARE: INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA NO CAMINHO DO RECOVERY

Ermelinda Macedo¹, Carla Azevedo², Filomena Gomes¹, Analisa Candeias¹, Ana Duarte¹, Bárbara Pires¹, Sílvia Peixoto², Catarina Iglésias², Irene Silva², Antónia Garcia²

¹ Universidade do Minho – Escola Superior de Enfermagem

² Casa de Saúde do Bom Jesus

O Projeto “Doença mental: intervenção comunitária no caminho do recovery – InterComuniCaRe” foi cofinanciado pelo Programa Operacional Regional do Norte (NORTE 2020), através do Portugal 2020 e do Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional (FEDER).

Foi um projeto desenvolvido em copromoção entre duas instituições: Universidade do Minho – Escola Superior de Enfermagem e o Instituto das Irmãs Hospitaleiras – Casa de Saúde do Bom Jesus, contando com uma equipa multidisciplinar, com profissionais da Casa de Saúde do Bom Jesus e da Universidade do Minho e ainda uma bolsa de investigação.

No que diz respeito à dinâmica de funcionamento, houve a necessidade de se realizarem reuniões frequentes com toda a equipa; contactos frequentes com as unidades onde se recolheram os dados; nomeado um elemento de ligação de cada instituição; Distribuição de tarefas; necessidade de redefinição de estratégias; construção de um logotipo do projeto; construção de uma página Web do projeto: criado um email do projeto; Aquisição de telemóvel para facilitar o contacto com os participantes do projeto.

Quanto à dimensão investigativa, este projeto teve como objeto de estudo o recovery da pessoa com doença mental, com um período de execução de 18 meses, tendo início em setembro de 2017 e término a 15 de março de 2019. Tratou-se de um estudo quase experimental com os seguintes objetivos: avaliar as necessidades da pessoa com doença mental após a alta hospitalar; desenvolver um programa de intervenção a implementar com pessoas com doença mental, dirigido às necessidades individuais, tendo como meta o *recovery* (clínico e pessoal); aproximar a prestação de cuidados, através de um serviço comunitário de proximidade (domiciliário) ; construir um Guião de Intervenção na Promoção do Recovery para a Pessoa com Doença Mental e: avaliar o impacto do programa de intervenção na promoção do recovery da pessoa com doença mental

A implementação do programa de intervenção individualizado teve três momentos de avaliação, M0 (N=54 – no momento da alta hospitalar; M1 (N= 27 – 8ª sessão) e M2 (N= 25 - 16ª sessão). Todos os participantes foram sujeitos a 16 sessões no domicílio, sendo que em cada momento foram aplicados os mesmos instrumentos: Instrumento de Avaliação de Necessidades (IAN), construído pelos investigadores; Questionário de Dados Sociodemográficos e Clínicos; Índice de Graffar; Mini Mental State Examination; EQ-5D e; Escala de Satisfação com o Suporte Social.

A amostra de conveniência teve como critério de inclusão pessoas com doença mental com alta prevista para o domicílio e residentes na região de Braga e como critérios de exclusão pessoas com debilidade intelectual, problemas de adição e demência.

O Programa de Intervenção teve resultados positivos. Verificou-se uma evolução positiva relativamente às variáveis avaliadas, com diferenças estatisticamente significativas ao longo dos três momentos de avaliação para: qualidade de vida - EQ-5D; Dimensão Doença do IAN, e Dimensão Ambiente. Verificaram-se também diferenças com evolução positiva nos três momentos de avaliação relativas ao suporte social e ao estado cognitivo.

A intervenção nesta área, e tendo em conta as políticas nacionais e internacionais no que respeita à saúde mental e psiquiátrica, coloca-nos alguns desafios. É necessário ter em conta que o acompanhamento das pessoas com doença mental não termina no internamento. Pensamos que, assim, se consegue dar resposta aos seus problemas e, simultaneamente, às diretrizes existentes para a assistência à pessoa com doença mental. As pessoas com doença mental precisam que a investigação seja desenvolvida tendo em conta as linhas que nos orientam para a recuperação e para a intervenção comunitária.

COMUNICAÇÕES LIVRES

ANSIEDADE: QUAL O EFEITO DAS TÉCNICAS RESPIRATÓRIAS?

Silva, Rui¹; Correia, Nuno²; Cruz, Ricardo²; Neves, Lisa⁴; Lopes, Rosa⁵

¹ Centro Hospitalar Universitário do Porto, Enfermeiro; ruirdsilva@hotmail.com

² Centro Hospitalar Universitário do Porto, Enfermeiro; nunomiguelcorreia@gmail.com

³ Centro Hospitalar Universitário do Porto, Enfermeiro; ricardorcruz84@gmail.com

⁴ Centro Hospitalar de Leiria, Enfermeiro; lisacrn@hotmail.com

⁵ Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Professor Adjunto; rlopes@esenfc.pt

INTRODUÇÃO

A ansiedade constitui uma perturbação psiquiátrica com elevado impacto em Portugal (DGS, 2014). É incapacitante e suscetível de gerar prejuízo na qualidade de vida do indivíduo, sendo necessárias estratégias de controlo. As técnicas respiratórias tornam o processo respiratório consciente, modificando o pensamento, diminuindo o stress e aumentando o relaxamento, assumindo-se como uma abordagem benéfica na redução da ansiedade, de fácil aprendizagem, que podem ser amplamente executadas no quotidiano.

OBJETIVOS

Investigar evidência científica sobre o efeito das técnicas respiratórias na redução da ansiedade.

MÉTODOS

Revisão integrativa da literatura (estratégia PICOD), com análise de artigos publicados entre 2013 e 2018 (*B-On*), utilizando os termos de pesquisa “*Anxiety*” e “*Breathing*”.

RESULTADOS

Todos os artigos eram estudos experimentais e quase-experimentais, conferindo sustentabilidade aos resultados. Destes, três foram desenvolvidos por enfermeiros (embora nenhum em Portugal), apontando para o recurso destas técnicas nos cuidados de enfermagem. Verificou-se que, independentemente dos contextos, participantes, técnica respiratória utilizada, estrutura do programa e instrumentos psicométricos utilizados, os resultados são na generalidade similares e transversais, corroborando o impacto efetivo das técnicas respiratórias na redução da ansiedade.

CONCLUSÕES

A evidência indica que as técnicas respiratórias contribuem de forma significativa para a redução dos níveis de ansiedade nos indivíduos abordados nesta investigação.

Palavras-chave: “Ansiedade - Anxiety”; “Exercícios Respiratórios - Breathing Exercises”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Direção Geral de Saúde. (2014). *Programa Nacional para a Saúde Mental - Saúde Mental em Números*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Payne, R. (2003). *Técnicas de relaxamento, um guia prático para profissionais de saúde*. Loures, Portugal: Lusociência.

Yadav, G., & Mutha, P. K. (2016). Deep Breathing Practice Facilitates Retention of Newly Learned Motor Skills. *Scientific Reports*, 6(1).

Cho, H., Ryu, S., Noh, J., & Lee, J. (2016). The Effectiveness of Daily Mindful Breathing Practices on Test Anxiety of Students. *PLOS ONE*, 11(10), 1–10.

Yadav, G., & Mutha, P. K. (2016). Deep Breathing Practice Facilitates Retention of Newly Learned Motor Skills. *Scientific Reports*, 6(1).

ESTUDO EXPLORATÓRIO SOBRE QUALIDADE DE VIDA E RECUPERAÇÃO PESSOAL: C³PACITAR

Marta Ferraz¹; Diana Neto²; Mariana Domingues³

¹ Psicóloga e Diretora Técnica do Apartamento de Suporte Autonomia, ARIA- aria.asas.oeiras@gmail.com

² Técnica Superior de Reabilitação e Inserção Social e Técnica de Reabilitação Psicossocial do Apartamento de Suporte Autonomia, ARIA- aria.asas.oeiras@gmail.com

³ Terapeuta Ocupacional e Técnica de Reabilitação Psicossocial do Apartamento de Suporte Autonomia, ARIA- aria.asas.oeiras@gmail.com

INTRODUÇÃO

O atual modelo de intervenção em saúde mental alicerça-se no desenvolvimento de respostas/suportes de base comunitária visando a integração em contextos das vizinhanças habituais da comunidade em vez da segregação social em instituições.

O presente estudo exploratório propõe avaliar o impacto que um programa de treino de autonomia personalizado, inserido na comunidade, tem na qualidade de vida e recuperação pessoal de 3 estudos de caso com experiência de doença mental crónica.

MÉTODOS

O programa teve a duração de 9 meses, com intervenção diária ao nível das AVD's e AVDI's, e gestão de relações interpessoais. Os resultados foram avaliados quantitativamente através da aplicação dos instrumentos WHOQOL-BREF, ILS; MHRM e qualitativamente recorrendo-se a fichas de desempenho diário e do QAS.

RESULTADOS

Em todos os casos verificou-se um aumento de autonomia, observou-se um aumento da qualidade de vida e recuperação pessoal. Paralelamente, de forma subjetiva, evidenciou-se um aumento da autodeterminação, tomada de decisão e responsabilização dos indivíduos pelo desenvolvimento do seu projeto de vida.

CONCLUSÃO

Nestes casos foi evidente que a intervenção personalizada em contexto comunitário tem resultados positivos na recuperação pessoal, contudo é necessário realçar o facto de ser uma resposta em pequena escala face à realidade da SM em Portugal.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Autonomia; Inclusão Social; *Recovery*; Comunidade; Quality of life; Autonomy; Social inclusion; Recovery; Community

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Wilrycx, G., Croon, M., den Broek, A. V., & Nieuwenhuizen, C. van. (2015). Evaluation of a recovery-oriented care training program for mental healthcare professionals: Effects on mental health consumer outcomes. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(2), 164–173.

Michelle E. Mlinac, Michelle C. Feng; Assessment of Activities of Daily Living, Self-Care, and Independence, *Archives of Clinical Neuropsychology*, Volume 31, Issue 6, 1 September 2016, Pages 506–516

Revheim, N., & Medalia, A. (2004). The independent living scales as a measure of functional outcome for schizophrenia. *Psychiatric Services*, 55(9), 1052-1054.

Fleck, M., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de saúde pública*, 34, 178-183.

Oliveira-Maia, A. J., Mendonça, C., Pessoa, M. J., Camacho, M., & Gago, J. (2016). The mental health recovery measure can be used to assess aspects of both customer-based and service-based recovery in the context of severe mental illness. *Frontiers in psychology*, 7, 1679.

C³PACITAR: PROMOÇÃO DE AUTONOMIA, INCLUSÃO SOCIAL E RECUPERAÇÃO PESSOAL

Marta Ferraz¹, Diana Neto², Mariana Domingues³

¹ Psicóloga e Diretora Técnica do Apartamento de Suporte Autonomia, ARIA- aria.asas.oeiras@gmail.com

² Técnica Superior de Reabilitação e Inserção Social e Técnica de Reabilitação Psicossocial do Apartamento de Suporte Autonomia, ARIA- aria.asas.oeiras@gmail.com

³ Terapeuta Ocupacional e Técnica de Reabilitação Psicossocial do Apartamento de Suporte Autonomia, ARIA- aria.asas.oeiras@gmail.com

INTRODUÇÃO

O projecto C³pacitar visou a recuperação pessoal e inclusão social, através de uma intervenção sistémica com clientes, cuidadores e comunidade (C³). Implementou-se um programa de treino para vida autónoma para adultos com doença mental crónica no concelho de Oeiras que englobou ações de capacitação familiar e a sensibilização da comunidade local.

OBJETIVOS

Promover a autodeterminação, a tomada de decisão e responsabilização dos clientes pelo desenvolvimento do seu projeto de vida, mobilizando os seus familiares e comunidade local para colaborar no alcance do mesmo.

METODOS

Numa estratégia colaborativa, recorreu-se à mobilização dos recursos pessoais dos clientes/residentes e da sua rede de suporte para promover a recuperação pessoal e a inclusão social. O Projeto contemplou: a integração de clientes em programa personalizado de promoção da autonomia, residencial e de curta duração; iniciativas de capacitação e suporte a cuidadores informais; e ações junto da comunidade.

RESULTADOS

A análise dos impactos da intervenção revela um aumento da autonomia dos residentes, da satisfação dos cuidadores e da participação na vida comunitária.

CONCLUSÃO

O processo de recuperação pessoal parece estar positivamente relacionado com uma intervenção dirigida aos vários atores chave, verificando-se um aumento na autonomia e inclusão social quando se privilegia uma metodologia colaborativa.

Palavras-chave: Autonomia; Inclusão Social; *Recovery*; Cuidadores; Comunidade

Key words: Autonomy; Social inclusion; *Recovery*; Caregivers; Community

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Frost, B. G., Tirupati, S., Johnston, S., Turrell, M., Lewin, T. J., Sly, K. A., & Conrad, A.M. (2017). An Integrated Recovery-oriented Model (IRM) for mental health services: evolution and challenges. *BMC psychiatry*, 17(1),22.

Wilrycx, G., Croon, M., den Broek, A. V., & Nieuwenhuizen, C. van. (2015). Evaluation of a recovery-oriented care training program for mental healthcare professionals: Effects on mental health consumer outcomes. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(2), 164–173.

Ottawa Public Health; Canadian Mental Health Association; Canadian Public Health Association; Mental Illness Caregivers Association; Military Family Services. *Mental Health Caregiver Guide: A guide for caregivers of persons living with mental illness or experiencing mental health challenges*. Ottawa, ON: Ottawa Public Health; 2016.

Noghani, F., Seyedfatemi, N., Karimirad, M. R., Akbarzadeh, A., & Hasanpour-Dehkordi, A. (2016). Health Related Quality of Life in Family Caregivers of Patients Suffering from Mental Disorders. *Journal of clinical and diagnostic research : JCDR*, 10(11), VC05-VC09.

Lynn Ackerman & Lois Sheaffer (2018) Effects of respite care training on respite provider knowledge and confidence, and outcomes for family caregivers receiving respite services, *Home Health Care Services Quarterly*, 37:2, 77-96

REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL, (RE)CONEXÃO E *RECOVERY*

Marta Ferraz¹, Mariana Caiado², Diana Neto³, Inês Morais⁴, Mariana Domingues⁵, Teresa Gabriel⁶

¹ Psicóloga e Diretora Técnica - Fórum Sócio-Ocupacional (FSO) de Oeiras da ARIA - Associação de Reabilitação e Integração Ajuda - aria.fso.oeiras@gmail.com

² Psicóloga e Técnica de Reabilitação Psicossocial - Fórum Sócio-Ocupacional (FSO) de Oeiras da ARIA - Associação de Reabilitação e Integração Ajuda - aria.fso.oeiras@gmail.com

³ Técnica de Reabilitação e Inserção Social e Técnica de Reabilitação Psicossocial - Fórum Sócio-Ocupacional (FSO) de Oeiras da ARIA - Associação de Reabilitação e Integração Ajuda - aria.fso.oeiras@gmail.com

⁴ Técnica Superior de Psicomotricidade e Técnica de Reabilitação Psicossocial - Fórum Sócio-Ocupacional (FSO) de Oeiras da ARIA - Associação de Reabilitação e Integração Ajuda - aria.fso.oeiras@gmail.com

⁵ Terapeuta Ocupacional e Técnica de Reabilitação Psicossocial - Fórum Sócio-Ocupacional (FSO) de Oeiras da ARIA - Associação de Reabilitação e Integração Ajuda - aria.fso.oeiras@gmail.com

⁶ Assistente Social e Técnica de Serviço Social - Fórum Sócio-Ocupacional (FSO) de Oeiras da ARIA - Associação de Reabilitação e Integração Ajuda - aria.fso.oeiras@gmail.com

INTRODUÇÃO

Os serviços de reabilitação psicossocial visam apoiar a recuperação das doenças mentais partindo do pressuposto que cada pessoa é capaz de melhorar o seu funcionamento através da remediação, treino de competências e (re)conexão. O FSO de Oeiras da ARIA, serviço de reabilitação psicossocial, oferece um programa de atividades diversificado aos seus utentes no sentido de apoiar a sua recuperação pessoal (*recovery*).

OBJETIVOS

No FSO os utentes são motivados para um melhor uso das suas capacidades sociais, emocionais, mentais, educacionais e/ou laborais com o intuito de fomentar a autonomia e a recuperação.

MÉTODOS

Recorrendo a atividades reabilitativas e ao acompanhamento personalizado, a abordagem centra-se nos pontos fortes, capacidades e talentos individuais que permitirão o funcionamento autónomo e o cumprimento de papéis sociais valorizados.

RESULTADOS

Constata-se, numa avaliação qualitativa, que o estímulo de capacidades, reforço da autoestima, do relacionamento interpessoal e da participação comunitária, têm incrementado o nível de autonomia, de autoconhecimento e de inclusão social. Conclusão: O desenvolvimento de serviços de reabilitação

psicossocial cujos componentes englobam a remediação, a restauração colaborativa de capacidades e competências, e a (re)conexão ativa com as redes de suporte (PBE) geram uma melhoria no sentido de agência e sentimento de bem-estar dos utentes.

Palavras Chave: Reabilitação; Recuperação; Conexão; Autonomia; Bem-estar; Psychosocial-rehabilitation; Recovery; Connecteness; Autonomy; Wellbeing

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Frost, B. G., Tirupati, S., Johnston, S., Turrell, M., Lewin, T. J., Sly, K. A., & Conrad, A. M. (2017). An Integrated Recovery-oriented Model (IRM) for mental health services: evolution and challenges. *BMC psychiatry*, 17(1), 22.

Morin, L., & Franck, N. (2017). Rehabilitation interventions to promote recovery from schizophrenia: a systematic review. *Frontiers in psychiatry*, 8, 100.

Oliveira, S., & Filipe, C. (2009). Guia de Recursos de Reabilitação Psicossocial para a Saúde Mental.

PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEL DA PESSOA COM DMG

Luisa Brito¹, Bárbara Antunes², Sandra Costa³, Sónia Santos⁴, Jorge Simões⁵

¹ Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Professora Coordenadora (lbrito@esenfc.pt)

² barbaraantunes13@gmail.com

³ sandramcosta88@gmail.com

⁴ ninakenita@hotmail.com

⁵ jorgesimoes7@hotmail.com

INTRODUÇÃO

As pessoas com Doença Mental Grave (DMG) apresentam maior morbilidade (diabetes, doenças cardiovasculares e pulmonares) associada a estilos de vida pouco saudáveis.

OBJETIVOS

1 - Identificar programas/estratégias para o *recovery* e a promoção de estilos de vida saudável nas pessoas com DMG em contexto comunitário. 2 – Identificar o papel da família e dos profissionais de saúde na promoção dos estilos de vida saudável.

MÉTODOS

Revisão integrativa da literatura; 16 estudos primários (2004-2014).

RESULTADOS

Phelan et al. (2004), Liberman & Kopelowics (2009), Shuel et al. (2010), Palma-Sevillano et al. (2011), Tierney & Kane (2011), White et al. (2011) e Compton et al. (2013) referem programas para saúde global; Williams et al. (2009) focam a cessação tabágica; Jerome et al. (2012) promovem o exercício físico. Preconizam estratégias de grupo, com envolvimento da família (Aschbrenner et al., 2012a; 2012b), participação dos enfermeiros (Happell et al., 2013a; 2013b; 2013c; 2014), e apropriada organização dos serviços e formação dos profissionais (Chwastiak et al., 2013) para promoção da saúde física das pessoas com DMG.

CONCLUSÃO

Os programas de *recovery* devem incluir a promoção dos estilos de vida saudável (sono, alimentação, exercício físico, cessação tabágica e relaxamento), com envolvimento da família e da equipa de saúde.

Palavras-chave: Doente Mental Grave, Estilos de Vida Saudável, Recuperação, Saúde Física, Saúde Mental Comunitária; Severe Mental Illness, Healthy Lifestyle, Recovery, Physical Health, Community Mental Health.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aschbrenner, K., Carpenter-Song, E., Mueser, K., Kinney, A., Pratt, S., & Bartels, S. (2012). A Qualitative Study of Social Facilitators and Barriers to Health Behavior Change Among Persons with Serious Mental Illness. *Community Mental Health Journal*, 49(2), 207-212. doi:10.1007/s10597-012-9552-8

Jerome, G. J., Dalcin, A. T., Young, D. R., Stewart, K. J., Crum, R. M., Latkin, C., ... Daumit, G. L. (2012). Rationale, design and baseline data for the Activating Consumers to Exercise through Peer Support (ACE trial): A randomized controlled trial to increase fitness among adults with mental illness. *Mental Health and Physical Activity*, 5(2), 166-174. doi:10.1016/j.mhpa.2012.05.002

Happell, B., Platania-Phung, C., & Scott, D. (2013). Are Nurses in Mental Health Services Providing Physical Health Care for People with Serious Mental Illness? An Australian Perspective. *Issues in Mental Health Nursing*, 34(3), 198-207. doi:10.3109/01612840.2012.733907

Tierney, K. R., & Kane, C. F. (2011). Promoting Wellness and Recovery for Persons With Serious Mental Illness: A Program Evaluation. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(2), 77-89. doi:10.1016/j.apnu.2010.07.006

Zipursky, R. B., & Agid, O. (2015). Recovery, not progressive deterioration, should be the expectation in schizophrenia. *World Psychiatry*, 14(1), 94-96. doi:10.1002/wps.20194

GRUPOS PSICOEDUCATIVOS MULTIFAMILIARES NO APOIO AO RECOVERY DA PESSOA COM DMG

Luisa Brito¹

¹ Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Professora Coordenadora, lbrito@esenfc.pt

INTRODUÇÃO

As intervenções psicoeducativas, e em particular os Grupos Psicoeducativos Multifamiliares (GPMF), contribuem significativamente para o *recovery* da pessoa com DMG (nomeadamente esquizofrenia), através do aumento das capacidades da família para lidar com os problemas associados à doença (McFarlane et al., 2003; Gonçalves-Pereira et al., 2007; Pharoah et al., 2010).

OBJETIVOS

No desenvolvimento da versão portuguesa dos GPMF (modelo de McFarlane), dois dos objectivos foram: 1- Conhecer a opinião dos familiares acerca dos efeitos dos GPMF; 2 – Identificar áreas específicas de intervenção.

MÉTODOS

Grupo experimental (6 doentes/12 familiares), com avaliação quantitativa de diversas variáveis, e avaliação qualitativa baseada nas opiniões sobre as sessões (durante 3 anos).

RESULTADOS

Os familiares manifestaram satisfação com a intervenção, destacando: melhor compreensão da doença e tratamento; mais facilidade na comunicação familiar; partilha de experiências e sentimentos com outras pessoas; maior capacidade para resolver problemas.

Como áreas de intervenção para o *recovery*, salientaram-se: melhoria na adesão à terapêutica; redução do estigma; progressos no relacionamento social e na ocupação útil.

CONCLUSÃO

Os Grupos Psicoeducativos Multifamiliares são eficazes na satisfação das necessidades de informação e apoio das pessoas com esquizofrenia e suas famílias, favorecendo o *recovery* através de uma estratégia de ajuda mútua dirigida e estruturada.

Palavras-chave: esquizofrenia, intervenções familiares, grupos psicoeducativos multifamiliares, ajuda mútua, recuperação; schizophrenia, family interventions, multiple-family psychoeducational groups, peer support, recovery.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brito, M. L. S. (2012) – *Grupos psicoeducativos multifamiliares – uma forma de aprender a viver com a esquizofrenia*. Tese de Doutoramento. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/5702>

Brito, L. (2006) – Intervenções psicoeducativas para famílias de pessoas com esquizofrenia – uma revisão da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem*. 5 (Março), 15-24, ISSN: 0873–1586.

Gonçalves-Pereira, M., Xavier, M., & Fadden, G. (2007). O Modelo de Falloon para intervenção familiar na esquizofrenia: Fundamentação e aspectos técnicos. *Análise Psicológica*, 25(2), 241-255. doi:10.14417/ap.443

McFarlane, W. R., Dixon, L., Lukens, E., & Lucksted, A. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(2), 223-245. doi:10.1111/j.1752-0606.2003.tb01202.x

Pharoah, F., Mari, J. J., Rathbone, J., & Wong, W. (2010). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:10.1002/14651858.cd000088.pub3

A METACOGNIÇÃO NA PSICOSE E NO PROCESSO DE *RECOVERY*: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Carolina Machado¹; Margarida Passos²

¹ Hospital Magalhães Lemos. Interna Psiquiatria, 4º ano. carolinaarmachado@gmail.com.

² Hospital Magalhães Lemos. Assistente graduada senior de psiquiatria.

INTRODUÇÃO

O termo metacognição foi utilizado inicialmente para definir a capacidade de um indivíduo pensar sobre as suas próprias cognições. A literatura demonstra que, tanto indivíduos com primeiro surto psicótico, tanto aqueles com esquizofrenia de longa duração, apresentam significativos défices metacognitivos, o que prejudica o seu sentido de individualidade.

OBJETIVOS

Sintetizar a evidência científica disponível sobre a utilização de técnicas metacognitivas no *recovery* de indivíduos psicóticos.

MÉTODOS

Foi efectuada uma pesquisa na base de dados Pubmed, com os termos *mesh: metacognition* e *psychosis*, seleccionando-se estudos de revisão, sem limite temporal, redigidos em inglês ou português. Do total de 18 artigos obtidos, seleccionaram-se aqueles que abordavam mais especificamente o *recovery*.

RESULTADOS

O treino metacognitivo, realizado em grupo, examina lacunas identificáveis na autoconsciência e vieses no processamento de informação. O MERIT (*Metacognitive reflection and insight therapy*) pretende melhorar os processos que fornecem ao paciente um sentido coerente e coeso de si e dos outros; já o MIT-P (*Metacognitive interpersonal therapy for psychosis*) analisa reações sociais mal-adaptativas.

CONCLUSÕES

Apesar das diferentes técnicas psicoterapêuticas baseadas na metacognição, cada uma destas terapias está focada na promoção de várias formas de auto-compreensão, que permitam ao paciente uma melhor autogestão e participação ativa no seu processo de *recovery*.

Palavras-chave: psicose; metacognição; reflexão; *insight*; *recovery*; psychosis; metacognition; reflection; insight; recovery

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Lysaker, P.H., Gagen, E., Moritz, S., Schweitzer, R.D. (2018). Metacognitive approaches to the treatment of psychosis: a comparison of four approaches. *Psychol Res Behav Manag*, 11:341-351.

Lysaker, P.H., Hamm, J.A., Hasson-Ohayon, I., Pattison, M.L., Leonhardt, B.L. (2018). Promoting recovery from severe mental illness: Implications from research on metacognition and metacognitive reflection and insight therapy. *World J Psychiatr*, 8(1): 1-11.

Leonhardt, B.L., Huling, K., Hamm, J.A., Roe, D., Hasson-Ohayon, I., McLeod, H.J., Lysaker, P.H. (2017). Recovery and serious mental illness: a review of current clinical and research paradigms. and future directions. *Expert Rev Neurother*, 17: 1117-1130.

Arnon-Ribenfeld, N., Hasson-Ohayon, I., Lavidor, M., Atzil-Slonim, D., Lysaker, P.H. (2017). The association between metacognitive abilities and outcome measures among people with schizophrenia: A meta-analysis. *Eur Psychiatry*, 46: 33-41.

SÍNDROME DE DIÓGENES: DO HOSPITAL PARA A COMUNIDADE

Janaína Maurício¹, Daniela Brandão², Maria João Amorim³, Aníbal Fonte⁴, Paula Pina⁵

^{1,2,3} Interna de Formação Específica em Psiquiatria na Unidade Local de Saúde do Alto Minho

^{4,5} Assistente Hospitalar de Psiquiatria na Unidade Local de Saúde do Alto Minho

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Diógenes (SD) caracteriza-se por descuido extremo da higiene pessoal e domiciliária, isolamento social, acumulação de objectos inúteis e sentimentos de desconfiança e suspeição perante terceiros. Os indivíduos não apresentam insight para a sua condição dificultando a procura/aceitação de ajuda. Nenhum estudo demonstrou ainda a existência de um fator particular predisponente.

OBJETIVOS

Breve revisão da literatura atual acerca da etiologia, comorbilidades e tratamentos desta síndrome, efetuando uma reflexão crítica através da descrição de um caso clínico.

MÉTODOS

Consulta de processo clínico, entrevista psiquiátrica e avaliação social. Revisão sistemática da literatura através da PubMed.

RESULTADOS

Mulher, 66 anos, viúva, 3 filhos, vive só, desempregada. Internada compulsivamente após mandado de condução à Urgência Psiquiátrica. Apresentava-se desnutrida, com descuido na higiene pessoal e habitacional, com dejectos dispersos pela casa em comorbilidade com consumos etílicos. Rejeitou qualquer intervenção médica e social até á data. Durante o internamento foi diagnosticado e tratado Sífilis Latente Tardia. Avaliada por Neurologia que colocou hipótese de patologia neurodegenerativa. Alta com integração em Lar de Terceira Idade.

CONCLUSÕES

A SD é uma síndrome neurocomportamental que exige mais estudos, tornando-se importante uma abordagem multidisciplinar. O isolamento social é um dos factores que mais contribui para o seu desenvolvimento. A intervenção comunitária através de estratégias de acompanhamento e prevenção é fundamental.

Palavras-chave: síndrome diogenes; comunidade; acumulação; diogenes syndrome; self-neglect

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, R., & Ribeiro, O. (2012). Síndrome de Diógenes: revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa De Saúde Pública*, 30(1), 89-99. doi: 10.1016/j.rpsp.2012.03.004

Assal, F. (2017). Diogenes Syndrome. *Frontiers Of Neurology And Neuroscience*, 90-97. doi: 10.1159/000475688

Ashworth, F., Rose, A., & Wilson, B. (2017). TD: The case of Diogenes Syndrome—deficit or denial?. *Neuropsychological Rehabilitation*, 28(2), 244-258. doi: 10.1080/09602011.2017.1391104

Clark, A., Mankikar G., Gray, I.(1975)Diogenes syndrome. A clinical study of gross neglect in old age. *Lancet*, 305: 366–368.

Macmillan, D., Shaw, P.(1966) Senile breakdown in standards of personal and environmental cleanliness. *Br Med J* 2: 1032–1037.

SAÚDE MENTAL NOS UTENTES DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Tatiana Madureira¹, Cristina Antunes²

¹ Consultua – Ensino e Formação Profissional, Técnica de ensino e formação; tatianavarela99@hotmail.com

² Escola Superior de Saúde, UTAD, Professora adjunta; mantunes@utad.pt

INTRODUÇÃO

O Programa Nacional para a Saúde Mental (DGS, 2017) procura assegurar o acesso equitativo a cuidados de saúde mental de qualidade a toda a população, através da descentralização dos serviços de saúde mental e da integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde (cuidados primários, hospitais gerais e cuidados continuados de saúde mental).

OBJETIVOS

Foi objetivo deste estudo descrever os níveis de depressão, ansiedade e stresse dos utentes de duas unidades funcionais de um ACES do norte do país, analisar a relação entre as três variáveis e entre estas e a idade e género dos utentes.

MÉTODOS

Participaram 129 utentes de duas unidades funcionais, entre os 17 e os 71 anos, 85 dos quais eram mulheres. Utilizou-se como instrumento o Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS-21) (Lovibond & Lovibond, 1995a) adaptado à população portuguesa por Vasconcelos-Raposo, Fernandes e Teixeira (2013).

RESULTADOS

Os resultados confirmaram uma prevalência de sintomatologia depressiva, ansiosa e de stresse nos utentes (cerca de 23%) superior ao esperado para a população mundial (15%), mas de acordo com a estimativa para a população portuguesa (22,9%).

CONCLUSÕES

A prevalência da tríade de sintomatologia tende a aumentar com a idade, não se verificando diferenças de género estatisticamente significativas.

Palavras-Chave: Plano Nacional de Saúde Mental (National Mental Health Plan); Depressão (Depression); Ansiedade (Anxiety); Stresse (Stress).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, J., et al (2010). Estudo epidemiológico nacional de saúde mental. 1º relatório. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.

DGS (2017). Programa Nacional para a Saúde Mental. Lisboa. Outubro 2017. Acedido em novembro 27, 2017, em www.dgs.pt

Entidade Reguladora da Saúde (2015). Acesso e qualidade nos Cuidados de Saúde Mental. Acedido em setembro, 10, 2016, em https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1518/Full_report_-_Mental_health.pdf

Lovibond, S. H., Lovibond, P. F. (1995a) - Manual for the depression anxiety stress scales. 2ªed. Sydney: Psychology Foundation.

Vasconcelos-Raposo, J., Fernandes, H., & Teixeira, C. (2013). Factor structure and reliability of the depression, anxiety and stress scales in a large portuguese community sample. Spanish Journal of Psychology, 16 (10), 1-10.

PROGRAMA DE AUTONOMIA

Ana Couto¹

¹ IIHSCJ – Casa de Saúde do Bom Jesus, Terapeuta Ocupacional; ana.-soares@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Na Casa de Saúde do Bom Jesus sentiu-se a necessidade de criar um programa adequado às necessidades dos utentes que possuem algumas competências de autonomia preservadas, porém não apresentam critérios para transitar para a reabilitação. O Programa de Autonomia consiste na adaptação do “*Programa de habilidades de la vida diária para la mejora de la conducta autodeterminada en personas com enfermedad mental grave y prolongada*” (Alonso, 2006), constituído por 30 sessões baseadas no Modelo da Ocupação Humana, no Modelo de Reabilitação Psicossocial e no Modelo Cognitivo-Comportamental.

OBJETIVOS

O programa tem como objetivo aumentar a autonomia dos participantes nas diversas áreas de ocupação, de forma a promover a qualidade de vida e *recovery* (Trigueiro & Marques, 2011).

MÉTODOS

Participaram no programa 6 utentes, tendo sido aplicada a *Basic Everyday Living Scale* por um investigador independente antes e após a sua realização.

RESULTADOS

Verificou-se que os participantes melhoraram a sua autonomia em pelo menos duas áreas de ocupação, assim como obtiveram uma maior oportunidade de desenvolver estas capacidades.

CONCLUSÕES

Os resultados sugerem que o programa de autonomia apresenta-se como uma intervenção eficaz para o aumento da autonomia dos utentes. Contudo, de futuro seria importante utilizar uma escala mais sensível a alterações do desempenho e uma amostra maior, sugerindo-se mais pesquisa neste âmbito.

Palavras-chave: Autonomia; Doença mental; Áreas de ocupação; Recovery/ Autonomy; Mental Illness; Occupations; Recovery

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alonso, M. (2006). Programa de habilidades de la vida diaria para la mejora de la conducta autodeterminada en personas com enfermedad mental grave y prolongada. Instituto Universitario de Integración na Comunidade: Universidade de Salamanca.

Trigueiro, M. & Marques, A. (2011). Enquadramento da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo (2ª Edição). Livpsic.

PROJETO INCLUSIVAMENTE

Façanha, Jorge¹; Falcão, Daniel²; Silva, Helena³; Oliveira, Emanuel³; Mendes, Alexandre⁴; Santos, Bruna⁵

¹ CSRSI- IHSCJ; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria; jorgefacanha@gmail.com - Preletor;

² CSRSI- IHSCJ; Psicólogo; danielfalcaopsi@gmail.com;

³ CSRSI- IHSCJ; Terapeuta Ocupacional; helenasilva4@gmail.com;

³ CSRSI- IHSCJ; Terapeuta Ocupacional; emanuelto@gmail.com;

⁴ CSRSI- IHSCJ; Psiquiatra; alexismendes@hotmail.com;

⁵ CSRSI- IHSCJ; Assistente Social; bfsantos1@gmail.com;

INTRODUÇÃO

O projeto Inclusivamente surge no âmbito de programas de reabilitação psicossocial destinados especificamente a pessoas com doença mental inseridas em estruturas de reabilitação psicossocial. Visa promover a melhoria da qualidade de vida, assim como o desenvolvimento de competências pessoais, relacionais, profissionais e a sua autonomia, contribuindo para uma melhor integração social da pessoa com incapacidade decorrente da doença mental e consequente redução do estigma e simultaneamente promovendo a sustentabilidade ambiental.

OBJETIVOS

-Manter e/ou melhorar as competências sociais e as rotinas socio-ocupacionais.

-Promover competências em AIVD's (mobilidade na comunidade) e treino de competências sociais; desenvolver competências no âmbito do trabalho.

MÉTODOS

Apresentação do N° de pessoas abrangidas e Grau de satisfação, N° de Parceiros articulações/interações; N° de participações em exposições e eventos; Quantidade de rolhas recolhidas (Kg); Nível Melhoria/manutenção ao das competências sociais.

RESULTADOS

Diversificação da oferta de atividades ocupacionais da CSRSI, melhoria/manutenção das competências sociais das pessoas inseridas no projeto, maior interação com a comunidade, criação de novas parcerias.

CONCLUSÕES

As atividades desenvolvidas, de socialização e de cariz ocupacional ,orientadas por uma equipa multidisciplinar, promoveram a autonomia, maior interação com a comunidade local, contribuindo para redução do estigma e aumento da qualidade de vida das pessoas com doença mental.

Palavras-chave: Reabilitação Psicossocial; Competências Sociais; Estigma; Interação com a Comunidade; Sustentabilidade Ambiental. Psychosocial Rehabilitation; Social Skills; Stereotyping; Social Participation; Conservation of Natural Resources.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Doroud, N., Fossey, E., & Fortune T. (2015). Recovery as an occupational journey: A scoping review exploring the links between occupational engagement and recovery for people with enduring mental health issues. *Australian Occupational Therapy Journal*, 62(6), 378–392

Melo-Dias, C. (2015). *Habilidades de conversação em adultos com esquizofrenia*. Lisboa. Tese de doutoramento. Universidade Católica Portuguesa, Lisboa

Ministério da Saúde (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental*. Lisboa, Direção-Geral da Saúde.

Sousa, L. B., Vilar, M., Firmino, H., Pinho, M. S., & Simões, M. R. (submitted). Demographic and health variables that define the normative parameters of functional incapacity: the Adults and Older Adults Functional Assessment Inventory. [*International Psychogeriatrics*]

MELHORAR AS HABILIDADES DE CONVERSAÇÃO EM ADULTOS COM ESQUIZOFRENIA

Carlos Melo-Dias¹

¹ Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC). Unidade de Investigação em Ciências da Saúde-Enfermagem (UICISA-E). Investigador responsável PBE-MENTAL, Professor Adjunto, cmelodias@esenfc.pt

INTRODUÇÃO

As pessoas com esquizofrenia sentem com frequência que lhes foram “roubadas” as experiências de vida; sentem-se desajustadas, precisando de ajuda para definirem habilidades e talentos (Stuart, 2001). Adequadas habilidades de conversação na comunicação parece ser um pré-requisito para estabelecer uma rede social de suporte, protegendo-o do stress da vida em comunidade e reduzindo a probabilidade de (Curran, 1991; Lewis, 1985).

OBJETIVO

Facilitar a passagem do ambiente controlado, previsível e seguro da clínica hospitalar para o ambiente imprevisível da comunidade.

MÉTODOS

Foi desenvolvido estudo quasi-experimental com adultos com esquizofrenia com programa de formação estruturado em reabilitação psicossocial de habilidades de conversação e sua generalização.

RESULTADOS

Das diversas variáveis, o programa teve impacto no estado de ansiedade, autoeficácia geral, vulnerabilidade ao stress, e no desempenho pessoal e social.

CONCLUSÃO

A generalização destas habilidades traduziu um funcionamento social mais adaptado, através da vantagem da formação com habilidades práticas e estruturantes da relação consigo próprio e com os outros como é a conversação, conseguindo-se “inocular” estes participantes contra as próximas situações de dificuldade perante o agir, sendo que três meses em follow-up 25% dos participantes tiveram um elevado score na escala de escala de desempenho pessoal e social.

Palavras-chave: Esquizofrenia; conversação; comunicação; treino de habilidades; enfermagem. Schizophrenia; conversation; communication; skills training; nursing.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bellack, A.S., Mueser, K.T., Gingerich, S. & Agresta, J. (2004). Social Skills Training for Schizophrenia: A Step-by-Step Guide. New York : Guilford Publications. ISBN 1-57230-846-X.

Caballo, V.E. (2009). Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Madrid : Siglo XXI de España Editores. ISBN 978-84-323-0808-6.

Coelho, C.M. & Palha, A.P. (2006). Treino de Habilidades Sociais Aplicado a Doentes com Esquizofrenia. Lisboa : Climepsi. ISBN 972-796-227-0.

Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Conselho de Enfermagem: Ordem dos Enfermeiros.

Lind, W. (1997). Aptidões Sociais para fomentar a Desinstitucionalização de Doentes de Evolução Prolongada. [ed.] Universidade de Lisboa Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Lisboa : s.n, Tese de Mestrado.

AUTO-ESTIGMA NO ADULTO COM ESQUIZOFRENIA E SUA INFLUÊNCIA NO RECOVERY

– REVISÃO INTEGRATIVA

Mariana Duarte Mendes¹; Carlos Melo-Dias¹; Viviana Lopes³

¹ Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC). Estudante Licenciatura Enfermagem. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde-Enfermagem (UICISA-E) nas Rotações Iniciação à Investigação (RII); marianaalmeida0@hotmail.com

² Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC). Unidade de Investigação em Ciências da Saúde-Enfermagem (UICISA-E). Investigador responsável PBE-MENTAL, Professor Adjunto; cmelodias@esenfc.pt

³ Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC). Estudante Licenciatura Enfermagem. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde-Enfermagem (UICISA-E) nas Rotações Iniciação à Investigação (RII); viviana.dani.lopes@gmail.com

INTRODUÇÃO

Auto-estigma é a interiorização de estereótipos ou crenças estigmatizantes frequentes nos adultos com diagnóstico de esquizofrenia, doença pode levar a distúrbios cognitivos, de percepção e do comportamento. Estas variáveis condicionam o processo de recovery, na procura de uma vida satisfatória e significativa, perspetivando o potencial do adulto independentemente das suas limitações.

MÉTODO

Revisão integrativa com a questão: Qual a influência do Auto-Estigma no Recovery do Adulto com Esquizofrenia? E com pesquisa utilizando o acrónimo PICOD, P: Adulto, ambos sexos, com esquizofrenia; I: Nível/grau das variáveis em estudo, pelo menos auto-estigma, recovery, autoestima, insight...; C: Relação/correlação entre as variáveis em estudo; O: auto-estigma, recovery, autoestima, insight...; D: estudos quantitativos. Utilizaram-se critérios de seleção nas bases de dados MEDLINE Complete (na EBSCO), SciELO e RCAAP, com os descritores TI schizo* AND TI stigma AND AB recovery.

RESULTADOS

O auto-estigma exerce influência negativa na autoestima, funcionamento pessoal, insight e adesão ao tratamento psicossocial. Note-se a tendência de ao aumentar o insight da doença e tratamentos aumenta o auto-estigma.

CONCLUSÃO

Parece pertinente que as intervenções/programas de reabilitação psicossocial sejam sensíveis à perspetiva do auto-estigma associado ao insight e autoestima, aceitando-se que devem ser estruturadas e em multi-abordagens.

Palavras-Chave: Esquizofrenia, Auto-estigma, Recovery, Autoestima, Insight, Schizophrenia, Self-stigma, Recovery, Self-esteem, Insight.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Kao, Y. C., Lien, Y. J., Chang, H. A., Tzeng, N. S., Yeh, C. B., & Loh, C. H. (2017). Stigma Resistance in Stable Schizophrenia: The Relative Contributions of Stereotype Endorsement, Self-Reflection, Self-Esteem, and Coping Styles. *Canadian Journal of Psychiatry*, 62(10), 735–744. <https://doi.org/10.1177/0706743717730827>

Tourino, R., Acosta, F. J., Giraldez, A., Alvarez, J., Ma Gonzalez, J., Abelleira, C., ... Rodriguez, C. J. (2018). Suicidal risk, hopelessness and depression in patients with schizophrenia and internalized stigma. *ACTAS ESPANOLAS DE PSIQUIATRIA*, 46(2), 33–41.

Çapar, M., & Kavak, F. (2019). Effect of internalized stigma on functional recovery in patients with schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(1), 103–111. <https://doi.org/10.1111/ppc.12309>

Cavelti, M., Rüsch, N., & Vauth, R. (2014). Is living with psychosis demoralizing?: Insight, self-stigma, and clinical outcome among people with schizophrenia across 1 year. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(7), 521–529. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000160>

Chan, K. K. S., & Mak, W. W. S. (2014). The mediating role of self-stigma and unmet needs on the recovery of people with schizophrenia living in the community. *Quality of Life Research*, 23(9), 2559–2568. <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0695-7>

RECOVERY FROM SEVERE MENTAL ILLNESS: A COMPLEMENTARY COMMUNITY APPROACH

Rita Leite¹; Maria João Martins²; Filipa Tróia³; Ondina Matos⁴; Tiago Santos⁵; Vítor Santos⁶

¹ Department of Psychiatry and Mental Health, Baixo Vouga Hospital Centre, Aveiro, Portugal. Master Degree in Medicine. rita.almeidaleite3@gmail.com

² Center for Research in Neuropsychology and Cognitive Behavioral Intervention (CINEICC), Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Coimbra, Coimbra, Portugal. Institute of Psychological Medicine, Faculty of Medicine, University of Coimbra, Coimbra, Portugal. PhD in Clinical Psychology. martins.mjrv@gmail.com

³ Department of Psychiatry and Mental Health, Baixo Vouga Hospital Centre, Aveiro, Portugal. Social Worker. filipa.troia@gmail.com

⁴ Department of Psychiatry and Mental Health, Baixo Vouga Hospital Centre, Aveiro, Portugal. Master degree in nursing, pos-graduate degree in mental health care. ondina.matos@gmail.com

⁵ Department of Psychiatry and Mental Health, Baixo Vouga Hospital Centre, Aveiro, Portugal. Master Degree in Medicine. tiagoazevsantos@gmail.com

⁶ Department of Psychiatry and Mental Health, Baixo Vouga Hospital Centre, Aveiro, Portugal. Master Degree in Medicine. vitorsantos74@gmail.com

INTRODUCTION

People with severe mental illness are a vulnerable population with complex clinical and social needs, that often do not seek health care and have fragile support networks. There is a need for an integrated care, and capacity to intervene in the community, in an individualized plan.

OBJECTIVES

This study aims to present the integrated community intervention for patients with severe mental illness implemented in the Department of Psychiatry and Mental Health of Baixo Vouga Hospital Centre.

METHODS

Retrospective and descriptive study of 318 people followed by community teams between 2010 and 2019, measuring sociodemographic, clinical outcomes and psychosocial functioning.

RESULTS

The majority of people followed by community teams was male (60%), between 35-44 years of old, and diagnosed with Schizophrenia (60%). Co-morbidity with additive disorders was high (65% with current diagnosis throughout life). We evidenced significant improvements of clinical and psychosocial outcomes.

CONCLUSION

The results suggest that the implementation of community care allows an efficient management of available resources, with clinical benefits and patients' functionality. The direct costs to the operation of the multidisciplinary team are balanced with the reduction in the number and days of hospitalization and in the emergency attending service for psychiatric reasons. The improvement in occupational results indicates a possible decrease in indirect costs associated with the intervention model.

Palavras-chave: schizophrenia; severe mental illness; community approach; recovery; esquizofrenia, doença mental grave, equipas comunitárias, recuperação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Wright, C., Catty, J., Watt, H., Buras, T. (2004). A systematic review of home treatment services: classification and sustainability. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39: 789-796.

Remmers van Veldhuizen, J. (2007) FACT: A Dutch Version of ACT. *Community Mental Health Journal*, 43.

Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2007). Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016.

Caldas de Almeida, J. (2012). Joint Action on Mental Health and Well-being towards community-based and socially inclusive approaches.

PREDOMINÂNCIA DA DEPRESSÃO DOS ESTUDANTES, DOS 12 AOS 18 ANOS DA MADEIRA, PORTUGAL

Maria Helena de Agrela Gonçalves Jardim¹; Geraldo Bezerra da Silva Junior²; Maria Regina Teixeira Ferreira Capelo³; John Miguel Costa Varela⁴; Emanuelle Aronoele de Castro Vasconcelos⁵; Ana Maria Fontenelle Catrib⁶

¹ Professora Doutora da Universidade da Madeira (UMa), Portugal e Pesquisadora CAPES/FUNCAP na Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Brasil; hjardim@uma.pt

² Professor em Ciências Médicas e das Pós-Graduações em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Brasil; geraldobezerrajr@yahoo.com.br

³ Investigadora do CLEPUL, Portugal, Pós-doutoranda em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR); m.regina.capelo@gmail.com

⁴ Professor e Investigador do CLEPUL, Portugal; jmcvarela@gmail.com

⁵ Mestrado em Ciências Médicas, Bolsista FUNCAP, Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Brasil; manucastrovasc@gmail.com

⁶ Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Brasil, catrib@unifor.br

INTRODUÇÃO

As mudanças ambientais cotidianas colocam os adolescentes perante situações de insegurança, geradoras de perturbações, particularmente a depressão. Esta realidade aponta a imprescindibilidade de despiste deste fenómeno visando promover o equilíbrio individual/social dos jovens.

OBJETIVO

Avaliar o nível de depressão dos estudantes, dos 12 aos 18 anos da Madeira (RAM), Portugal.

MÉTODOS

Estudo transversal e inferencial, de uma amostra representativa (n=1557) de estudantes das escolas do ensino fundamental da RAM. Incluímos estudantes dos 12-18 anos, que frequentavam a escolaridade normal, considerados “normais”, sem queixas e medicação psiquiátricas. Utilizou-se a Escala de Depressão de Zung com elevada consistência interna e confiabilidade ($\alpha=0,80$). As questões éticas e deontológicas foram respeitadas.

RESULTADOS

A maioria (81,5%), não refere depressão, todavia 18,2% dos jovens têm distímia e 0,3% depressão major. Existe associação entre depressão ($p=0.000$), sexo ($p=0.000$) e idade ($p=0,043$), sendo os valores mais elevados no feminino e a partir dos 15 anos. Variáveis como aumento de escolaridade, insucesso escolar, referir doença, consumir álcool, não conviver com colegas, não praticar desporto e pais não serem casados influenciam a manifestação da depressão ($p=0.001$).

CONCLUSÃO

Estimular novas pesquisas e implementação de políticas sociais e educacionais mediante programas de promoção da saúde mental dos jovens.

Palavras-chave: depressão; adolescentes; jovens; estudantes; Escala de Depressão de Zung; depression; adolescents; young people; students; Zung depression scale.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (2016). Plano de Trabalho Bianual - 2016-2017. Brasília: OPAS/OMS

World Health Organization (2014). Health for the World's Adolescents: a second chance in the second decade. Geneva: Department of Child and Adolescent Health Development

World Health Organization (2014). The World Health Organization's Report on Suicide. A Fundamental Step in Worldwide Suicide Prevention. *Crisis*, 35(5). 289-291.

World Health Organization (2014). Preventing suicide: a global imperative. Geneva: WHO.

WHO (2017). Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization

ORIENTAÇÕES PARA OS CUIDADORES DO DOENTE COM DEMÊNCIA

Ana Almeida¹; Diana Monteiro²; João Magalhães³

¹ Hospital das Forças Armadas - Polo Porto (HFAR-PP), Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria; aprcca@gmail.com

² HFAR-PP, Enfermeira; dianaferreira.enf@gmail.com

³ HFAR-PP, Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria; jpamag@gmail.com

INTRODUÇÃO

Demência, patologia neuropsiquiátrica com deterioração progressiva das funções cognitivas e alterações emocionais/sociais. Quando surge numa família, vai afetar o seu ciclo de vida a vários níveis (Milheiro, 2015).

As tarefas dos cuidadores incluem suporte em atividades instrumentais, assistência nas ações autónomas, suporte emocional, assim como, o saber lidar com as pressões decorrentes do seu papel (Andrade, 2009). Capacitá-los, é desenvolver uma intervenção familiar, um conjunto de abordagens para ajudar a lidar com a doença/problemas do quotidiano (Sequeira, 2010).

OBJETIVO

Capacitar cuidadores de um familiar com demência.

MÉTODOS

Exploratório-descritivo, pesquisa bibliográfica.

RESULTADOS

Ao provocar alterações na memória/emoções, dificuldades para lidar com rotinas e comportamentos desadequados em sociedade, o cuidador deve ajudar o doente sem o substituir, supervisionando e incentivando tarefas:

Higiene e vestuário?	<ul style="list-style-type: none">- Manter rotinas;- Identificar Wc com bonecos;- Evitar botões/cordões;- Preferir o velcro...
Alterações do apetite?	<ul style="list-style-type: none">- Providenciar alimentos a gosto;- Dieta rica em fibras/líquidos...
Comunicação e comportamentos diferentes?	<ul style="list-style-type: none">- Distrair com televisão/trabalhos manuais;- Usar expressões faciais/gestos/carícias;- Tranquilizar...
Não consegue dormir?	<ul style="list-style-type: none">- Manter atividade diurnas...
Para não se perder?	<ul style="list-style-type: none">- Usar documento/pulseira de identificação;- Se perde coisas e acusa o cuidador de furto...não reagir mal...
Deslocação?	<ul style="list-style-type: none">- Retirar obstáculos, isolar arestas;- Evitar mudanças no ambiente;- Acompanhar nas saídas, usar o mesmo percurso...

CONCLUSÕES

A humanização dos cuidados envolve o doente/familiares/cuidadores (Sequeira, 2010). Quando é facilitado ao cuidador, o viver/conviver com a problemática da demência, o respeito por estas vulnerabilidades, preserva a dignidade do indivíduo/doente/família (Cunha, 2015).

Palavras-chave: Demência; Cuidador; Dementia; Caregiver.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade, F. M. M. (2009). *O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: Necessidades educativas do cuidador principal*. (Master's thesis, Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho). Retrieved from <http://hdl.handle.net/1822/10460>

Cunha, P. (2015). *Gestão construtiva de conflitos na educação e na saúde*. 3º Congresso da Associação para a Segurança dos Doentes sobre Autonomia diminuída: Vulnerabilidade e responsabilidade, Porto.

Milheiro, J. (2015). *O papel da saúde mental em situações de autonomia diminuída*. 3º Congresso da Associação para a Segurança dos Doentes sobre Autonomia diminuída: Vulnerabilidade e responsabilidade, Porto.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de pessoas com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.

INTERVENÇÕES PSICOTERAPÊUTICAS NUM CONTEXTO DE DEMÊNCIA COM SURTO DE PSICOSE DELIRANTE

Ana Almeida¹; Diana Monteiro²; João Magalhães³

¹ Hospital das Forças Armadas - Polo Porto (HFAR-PP), Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria; aprcca@gmail.com

² HFAR-PP, Enfermeira; dianaferreira.enf@gmail.com

³ HFAR-PP, Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria; jpamag@gmail.com

INTRODUÇÃO

As competências do enfermeiro preconizam uma humanização respeitante de vulnerabilidades (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Este caso aborda um quadro de psicose delirante e demência inicial.

Como na demência ocorre deterioração progressiva das funções cognitivas/emocionais/sociais, e na psicose delirante alucinações e delírios, desenvolveram-se várias intervenções psicoterapêuticas.

OBJETIVO

Explorar intervenções psicoterapêuticas.

MÉTODO

Descritivo.

RESULTADOS

M, mulher, 70 anos, autónoma, sem filhos. Vive sozinha numa casa velha.

Ida à Urgência, acompanhada pela sobrinha, com quadro de alterações comportamentais, discurso delirante persecutório, alucinações diversas, alterações na memória e comportamento agressivo quando contrariada. Discurso pobre, verbaliza “ter nervos e tristeza” e insónias. Em consultas de psiquiatria às quais não comparece. Fica internada com diagnóstico de psicose delirante e défice cognitivo ligeiro em contexto de demência inicial.

Diagnósticos	Intervenções de enfermagem	Resultados
Humor alterado	- Promover presença; - Confiança; - Escuta ativa; - Valorizar emoções.	- Melhorias no humor e interação grupal.
Comunicação diminuída	- Promover atividades de grupo; - Gerir comunicação.	
Pensamento alterado	- Gerir ambiente físico; - Vigiar agressividade; - Evitar reforço das ideias delirantes.	

Intervenções psicoterapêuticas	<ul style="list-style-type: none"> - Mini Mental State Examination; - Estimulação cognitiva (terapia de orientação por reminiscências, orientação para a realidade); - Sessões de ludoterapia (treino por tarefas, jogos de imagens).
---------------------------------------	--

CONCLUSÕES

Intervenções psicoterapêuticas objetivam uma maior qualidade de vida para o indivíduo doente, para que desenvolva competências que lhe permitam continuar o seu percurso de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Palavras-chave: Psicose; Delírio; Demência; Psicoterapia; Psychosis; Delirium; Dementia; Psychotherapy.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bulechek, G. M., Butcher, H. K., & Dochterman, J. (2010). *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)*. Rio de Janeiro: Elsevier.

Jpar, J.E., & Rue, A. (2005). *Guia prático climepsi de psiquiatria geriátrica*. Lisboa: Climepsi Editores.

Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (2011). Diário da República: II série, n.º 35. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20128_2011_CompeticenciasEspecifEnfComunitaria_SaudPublica.pdf

O ESTIGMA POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE COMO OBSTÁCULO PARA O RECOVERY NA DOENÇA MENTAL

Bárbara Almeida¹, Ana Samouco², Sónia Pimenta³, Ana Maria Moreira⁴

¹ Hospital Magalhães Lemos, EPE, Porto, Portugal. Médica Interna de Formação Específica de Psiquiatria. bjglalmeida@gmail.com

² Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental- Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, Portalegre, Portugal. Médica Interna de Formação Específica de Psiquiatria. anaisamouco@gmail.com

³ Hospital Magalhães Lemos, EPE, Porto, Portugal. Médica Psiquiatra. sonia.pimenta.alves@gmail.com

⁴ Hospital Magalhães Lemos, EPE, Porto, Portugal. Médica Psiquiatra. anamoreira03@gmail.com

INTRODUÇÃO

O estigma relativo à doença mental é definido como um conjunto de estereótipos, preconceitos e comportamentos, que resulta na desaprovação e exclusão do indivíduo estigmatizado. Ocorre em três níveis: estrutural, intrapessoal e interpessoal, incluindo-se no último o estigma praticado por profissionais de saúde.

OBJECTIVOS

Com este trabalho, os autores pretendem explorar a relação entre o processo de *recovery* e o estigma relativo à doença mental por profissionais de saúde.

MÉTODOS

Foi realizada na PubMed uma pesquisa usando os termos “*mental health stigma*” e “*recovery*”; foram seleccionadas as revisões, escritas em inglês e cujos resumos correspondiam aos objectivos do trabalho.

RESULTADOS

A literatura sugere que os profissionais de saúde, incluindo os da área de saúde mental, apresentam crenças e atitudes estigmatizantes para com a doença mental. Estas reflectem-se em perspectivas negativas sobre o prognóstico, uso de linguagem estigmatizante, limitação da autonomia e adopção de atitudes paternalistas. Consequentemente, o estigma reduz a auto-estima e percepção de auto-eficácia e promove sentimentos de menos valia e incapacidade. O estigma por profissionais de saúde surge assim como um importante factor modulador do *recovery*.

CONCLUSÃO

O estigma e o *recovery* estão intimamente relacionados. A investigação e promoção do *recovery* deverá incluir o estudo e implementação de estratégias anti-estigma.

Palavras- Chave: *recovery*; estigma; doença mental; profissionais de saúde, *recovery*; stigma; mental illness; healthcare professionals.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Angermeyer, M., & Schomerus, G. (2012). A stigma perspective on recovery. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 11(3), 163-164.

Avdibegovic, E., & Hasanovic, M. (2017). The Stigma of Mental Illness and Recovery. *Psychiatr Danub*, 29(Suppl 5), 900-905.

Henderson, C., & Gronholm, P. C. (2018). Mental Health Related Stigma as a 'Wicked Problem': The Need to Address Stigma and Consider the Consequences. *International journal of environmental research and public health*, 15(6), 1158. doi:10.3390/ijerph15061158

Henderson, C., Noblett, J., Parke, H., Clement, S., Caffrey, A., Gale-Grant, O., . . . Thornicroft, G. (2014). Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *The Lancet Psychiatry*, 1(6), 467-482. doi:https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00023-6

Knaak, S., Mantler, E., & Szeto, A. (2017). Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthc Manage Forum*, 30(2), 111-116. doi:10.1177/0840470416679413

IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE FÍSICA NA ESQUIZOFRENIA

Daniela Brandão¹; Janaína Maurício²; Filipa Alves³; Maria João Amorim⁴; Teresa Novo⁵

¹ Unidade Local de Saúde do Alto Minho; Interna de Formação Específica de Psiquiatria; danielasilvabrandao11@gmail.com

² Unidade Local de Saúde do Alto Minho; Interna de Formação Específica de Psiquiatria; janaina.maria.mauricio@ulsam.min-saude.pt

³ Unidade Local de Saúde do Alto Minho; Interna de Formação Específica de Psiquiatria; filipamartinsalves@gmail.com

⁴ Unidade Local de Saúde do Alto Minho; Interna de Formação Específica de Psiquiatria; maria.lajoso.amorim@ulsam.min-saude.pt

⁵ Unidade Local de Saúde do Alto Minho; Assistente Hospitalar de Psiquiatria; teresa.novo@ulsam.min-saude.pt

INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é uma perturbação mental grave com uma prevalência ao longo da vida de cerca de 1%. Pacientes com esquizofrenia apresentam altas taxas de doenças cardiovasculares, metabólicas, respiratórias e diabetes, sobretudo devido ao tratamento com antipsicóticos mas também aos estilos de vida poucos saudáveis destes pacientes, incluindo dieta desadequada, sedentarismo, tabagismo e consumo de substâncias ilícitas.

OBJETIVOS

Pretende-se realizar uma breve revisão da literatura atual acerca dos possíveis efeitos da prática de atividade física nos pacientes com esquizofrenia, nomeadamente na qualidade de vida e em alguns sintomas específicos presentes nestes.

MÉTODOS

Revisão sistemática da literatura através da *PubMed*. Os artigos foram selecionados de acordo com a sua relevância.

RESULTADOS

De acordo com vários estudos, a prática regular de atividade física pode ter efeitos benéficos tanto na saúde física (diminuindo o risco de doenças cardiovasculares e metabólicas) e mental como na qualidade de vida destes pacientes. De realçar, o impacto positivo ao nível da sintomatologia negativa, no funcionamento social e cognitivo.

CONCLUSÕES

Este estudo realça a importância da prática de atividade física nos pacientes com esquizofrenia, salientando a necessidade da implementação de intervenções centradas no exercício físico adaptadas a este tipo de população.

Palavras-chave: Atividade física, esquizofrenia, saúde mental, exercícios físicos, physical activity, schizophrenia, mental health, physical exercises.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Costa, R., Bastos, T., Probst, M., Seabra, A., Abreu, S., Vilhena, E., et al. (2018). Association of lifestyle-related factors and psychological factors on quality of life in people with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 267, 382–393.

Gomes, E., Bastos, T., Probst, M., Ribeiro, J. C., Silva, G., & Corredeira, R. (2016a). Quality of life and physical activity levels in outpatients with schizophrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 38, 157–160.

Gomes, E., Bastos, T., Costa, R., & Corredeira, R. (2017). Efeito de um programa de exercício na capacidade funcional para o exercício e nível de atividade física de pessoas com esquizofrenia – um estudo piloto. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (18), 44-50.

Pearsall, R., Smith, J., Pelosi, A. & Geddes, J. (2014). Exercise therapy in adults with serious mental illness: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. Vol. 14.

Ho, P.A., Dahle, D.N. and Noordsy, D.L (2018). Why Do People With Schizophrenia Exercise? A Mixed Methods Analysis Among Community Dwelling Regular Exercisers. *Front. Psychiatry* 9:596.

EMPREGAR A INCLUSÃO

Cláudia Oliveira¹; Cristina Santos²; Joana Figueiras³, Susana Fernandes⁴

¹ AFUA-HML, terapeuta ocupacional; equipadeapoiodomiciliario@afua.pt;

² AFUA-HML, assistente social; unidadesdevida@afua.pt

³ AFUA-HML, terapeuta ocupacional; unidadesocioocupacional@afua.pt

⁴ AFUA-HML, psicóloga; investigacaoedesenvolvimento@afua.pt

INTRODUÇÃO

Empregar a Inclusão é um projeto dedicado à inclusão ativa na comunidade de pessoas com doença mental e/ou incapacidade psicossocial através de percursos de formação e/ou emprego. Concretiza-se através da realização de um Programa de Empregabilidade para uma vida Ativa (PEVA) do candidato. O PEVA permite avaliar competências (pessoais, sociais, vocacionais e profissionais) através de uma bateria criada para o efeito.

OBJETIVOS

O objetivo foi avaliar se a metodologia inovadora definida é adequada ao público a que se destina e se é eficaz no alcance do seu propósito.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo piloto com 34 PEVAS. Durante 6 meses, cada participante realizou as atividades definidas no seu PEVA e foi avaliado quanto à sua qualidade de vida, à psicopatologia e às suas competências, antes e após a concretização do seu PEVA.

RESULTADOS

Do total, 82% dos participantes concluíram o seu PEVA. Em média, verificou-se uma melhoria ligeira da qualidade de vida e da psicopatologia, bem como, uma significativa aquisição de competências.

CONCLUSÕES

A metodologia PEVA tem uma significativa taxa de sucesso no alcance de percursos de formação e/ou emprego, bem como, tem impacto na melhoria da qualidade de vida, na psicopatologia e na aquisição de competências.

Palavras-chave: doença mental grave; recuperação; empoderamento; inclusão social; severe mental illness; recovery; empowerment; social inclusion.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Boevink, W., Kroon, H., Delespaul, P. & Van Os, J. (2017). Empowerment according to Persons with Severe Mental Illness: Development of the Netherlands Empowerment List and Its Psychometric Properties. *Open Journal of Psychiatry*, 7, 18-30. doi: <http://dx.doi.org/10.4236/ojpsych.2017.71002>

Provencher, H., Gregg, R., Mead, R., Shery & Mueser, K. (2002). The role of work in the recovery of persons with psychiatric disabilities. *Psychiatric rehabilitation journal*, 26. 132-44. doi: 10.2975/26.2002.132.144

Slade, M., & Longden, E. (2015). Empirical evidence about recovery and mental health. *BMC psychiatry*, 15, 285. doi:10.1186/s12888-015-0678-4

Waghorn, G. R., Lloyd, C. (2010). The Employment of People with Mental Illness. *Advances in Mental Health*. 4 (2). doi: 10.5172/jamh.4.2.129

NO CAMINHO DO RECOVERY: O PAPEL DA CONSULTORIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS INTEGRADA NUM PROJECTO DE PSIQUIATRIA COMUNITÁRIA

Margarida Duarte¹; Luís Silva²; Andreia Tarelho³

¹ Centro Hospitalar de Leiria, Médica Psiquiatra; margarida.ines.duarte@gmail.com

² Centro Hospitalar de Leiria, Médico Interno de Psiquiatria

³ Centro Hospitalar de Leiria, Médica Psiquiatra

INTRODUÇÃO

A Psiquiatria Comunitária (PC) tem sido reconhecida como uma área prioritária e apresentada como linha orientadora das intervenções da área da saúde mental, afastando-se do modelo hospitalocêntrico.

OBJETIVOS

Analisar os casos clínicos abordados em consultoria psiquiátrica com os cuidados de saúde primários (CSP), numa vertente de acção de um projecto de PC em desenvolvimento.

MÉTODOS

Colheita de dados clínicos e sociodemográficos, retrospectivamente, correspondentes aos utentes cuja situação clínica foi discutida em consultoria durante 2018 em cinco centros de saúde.

RESULTADOS

Foram discutidos 89 casos, correspondendo a 114 consultas. A média de idades foi 46,7 anos e 53% foram doentes do sexo feminino. A maioria das situações deveu-se a sintomatologia psicótica ou depressiva. Do plano, 33% dos casos foi sugerido encaminhamento hospitalar, em 16% a situação foi sinalizada para reavaliação e em 15% sugeriu-se ajuste terapêutico.

CONCLUSÕES

A implementação da consultoria psiquiátrica com os CSP tem vindo a crescer e tem mostrado benefício na articulação entre as várias instituições prestadoras de cuidados a nível da doença/saúde mental, permitindo a gestão multidisciplinar das situações e optimizando os recursos disponíveis. Existe ainda um longo caminho a percorrer, não apenas no sentido da consultoria, mas também em outras áreas de intervenção da PC.

Palavras-chave: Psiquiatria Comunitária; Consultoria; community psychiatry; primary health care counseling.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

<https://www.dgs.pt/em-destaque/relatorio-do-programa-nacional-para-a-saude-mental-2017.aspx>

<http://www.aenfermagemasleis.pt/2017/10/10/relatorio-do-programa-nacional-para-a-saude-mental-2017-dgs/>

<https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/74616673/details/normal?q=Despacho+7433%2F2016>

INTERVENÇÃO EM GRUPO PARA AS PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR E FERIMENTOS AUTOINFLIGIDOS

Ana Isabel Vieira¹; Tânia Rodrigues²; Isabel Brandão³; Sertório Timóteo⁴; Sónia Gonçalves⁵

¹ Centro de Investigação em Psicologia (CIPsi), Escola de Psicologia, Universidade do Minho; MSc, Bolseira de Doutoramento; anaisabelvieira13@gmail.com

² Centro de Investigação em Psicologia (CIPsi), Escola de Psicologia, Universidade do Minho; MSc, Bolseira de Investigação; tcfrodrigues@gmail.com

³ Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Centro Hospitalar Universitário de São João; MD, PhD, Assistente Graduada; isabelmbrandao@gmail.com

⁴ Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Centro Hospitalar Universitário de São João; MD, Assistente; sertoriotimoteo@gmail.com

⁵ Centro de Investigação em Psicologia (CIPsi), Escola de Psicologia, Universidade do Minho; PhD, Professora Auxiliar; sgoncalves@psi.uminho.pt

INTRODUÇÃO

Considerando a frequente coocorrência das perturbações do comportamento alimentar e ferimentos autoinfligidos, é importante discutir estratégias de intervenção que considerem ambos os problemas.

OBJETIVOS

Neste estudo piloto, aberto e não controlado, pretendeu-se avaliar a aceitação e viabilidade de uma intervenção em grupo, de natureza breve, que integra estratégias cognitivo-comportamentais, para promover competências de regulação emocional, controlo de impulsos, investimento emocional no corpo e comunicação assertiva.

MÉTODOS

Treze participantes do sexo feminino, com perturbações do comportamento alimentar e ferimentos autoinfligidos (atuais ou passados), aceitaram participar na intervenção. Os participantes preencheram instrumentos de autorrelato para avaliar as variáveis-alvo, antes e após a intervenção e aos 3 meses de follow-up. Foi ainda aplicado um questionário de satisfação com a intervenção.

RESULTADOS

Nove participantes concluíram a intervenção e 80% da amostra reportou uma excelente qualidade da intervenção. Verificaram-se melhorias em dimensões da regulação emocional e nas atitudes e sentimentos face à imagem corporal. Dos sete participantes que, na avaliação inicial, apresentaram ferimentos autoinfligidos, apenas dois participantes relataram esses comportamentos no final da intervenção e *follow-up*.

CONCLUSÕES

Os resultados sugerem a aceitação e viabilidade da intervenção, como uma componente adicional ao tratamento habitual, que apoia a recuperação da sintomatologia alimentar e dos ferimentos autoinfligidos.

Palavras-chave: Perturbações do comportamento alimentar; Ferimentos autoinfligidos; Intervenção, Eating disorders; Non-suicidal self-injury; Intervention.

INFLUÊNCIA DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO DOMICILIÁRIO NO PROCESSO DE RECOVERY NA PESSOA COM DOENÇA MENTAL

Ana Rita Martins¹, Duarte Rodrigues^{1*}, Marta Barbosa¹, Rafael Vieira¹, Raquel Figueiredo¹

¹ Escola Superior de Enfermagem, Universidade do Minho – Alunos de Licenciatura em Enfermagem {a79039, a78866, a76943, a78944, a77783}@alunos.uminho.pt

INTRODUÇÃO

O *recovery* proporciona à pessoa com Doença Mental (DM) a oportunidade de maximizar ganhos em saúde na integração na comunidade. A intervenção comunitária torna-se relevante para a adequação dos processos do cuidar e da recuperação.

OBJETIVO

Determinar a influência do acompanhamento de equipas de apoio comunitário na recuperação das pessoas com DM

MÉTODOS

Estudo de carácter longitudinal descritivo exploratório correlacional, de abordagem quantitativa. A amostra é constituída pela técnica de amostragem acidental de utentes internados numa unidade de curto internamento da Região Norte. Serão aplicados WHOQOL-Bref e ESSS, o MMSE e um questionário de dados sociodemográficos nos três momentos de avaliação. A análise dos dados obtidos será efetuada através do SPSS®, versão 25.

RESULTADOS

Avaliar o Programa Individual de Intervenção, recorrendo aos instrumentos de avaliação aplicados.

CONCLUSÃO

Aumentar o conhecimento científico nesta área, considerando as variáveis significativas na recuperação da pessoa com DM.

Palavras-chave: Doença Mental, *Recovery*, Intervenção Comunitária, Programa Individual de Intervenção, Mental Illness, Recovery, Community Intervention, Individual Intervention Program.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Dadich, A., Fisherb, K., & Muirb, K. (2013). How can non-clinical management complement clinical support for people with chronic mental illness residing in the community? Em T. & Group, *Psychology, Health & Medicine* (Vol. 18, pp. 482-489). Austrália: Routledge.

Guerra, A. (2016). *Intervenção de Enfermagem na Reabilitação Psicossocial da pessoa com doença mental – Consulta de Enfermagem no domicílio*. Dissertação de mestrado não publicada, Escola Superior de Enfermagem, Lisboa.

Programa Nacional para a Saúde Mental. (2017). *Orientações Programáticas*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Sequeira, C. (2006). *Introdução à Prática Clínica do Diagnóstico à Intervenção em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Porto: Quarteto Editora.

Slade, M. (2011). *100 Modos de Apoiar a Recuperação Pessoal: Um Guia para Profissionais de Saúde Mental*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.

O HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA E A SUA IMPORTÂNCIA NA ESTABILIDADE E REABILITAÇÃO DOS DOENTES

Desidério Duarte¹, Ana Cristina Trindade², Luís Ramos³, Eduardo Gonçalves⁴, Marta Mendonça⁵.

¹ Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Médico Interno de Formação Específica de Psiquiatria; desiderio.duarte@gmail.com

² Centro Hospitalar Universitário do Algarve Hospitalar, Médica Assistente Graduada Sênior de Psiquiatria; dirpsiquiatria@ch Algarve.min-saude.pt

³ Centro Hospitalar Universitário do Algarve Hospitalar, Médico Assistente de Psiquiatria; lramos@ch Algarve.min-saude.pt

⁴ Centro Hospitalar Universitário do Algarve Hospitalar, Médico Assistente Graduado de Psiquiatria; eduar.goncalves@gmail.com

⁵ USF Ria Formosa, Médica Interna de Formação Específica de MGF; marta.nelia@gmail.com

INTRODUÇÃO

O Hospital de Dia de Psiquiatria é uma forte alternativa ao internamento clássico, ocupando uma posição intermédia entre o internamento a tempo completo e o tratamento em ambulatório.

OBJETIVOS

Investigar o impacto do programa terapêutico desenvolvido num Hospital de Dia de Psiquiatria, na estabilidade e reabilitação dos doentes.

MÉTODOS

Estudo retrospectivo observacional do tipo descritivo-correlacional.

RESULTADOS

Na pesquisa efectuada foi encontrado um número limitado de estudos sobre os resultados destas unidades. O estudo realizado no Hospital de Dia de Psiquiatria de Faro evidenciou o impacto positivo que este tipo de unidades pode ter.

Através da análise dos dados dos doentes que frequentaram esta unidade durante os anos de 2015 a 2017 (n=127), foi possível constatar que a maioria (n=106; 83,46%) ficou com um plano ocupacional estruturado após a alta. A análise dos dados referentes ao ano que antecedeu o ingresso nesta Unidade, comparativamente ao ano que se seguiu à sua alta, demonstrou igualmente que ocorreu uma redução do número de internamentos, de consultas e de vindas a urgência, com diferenças estatisticamente significativas.

CONCLUSÕES

O Hospital de Dia de Psiquiatria pode desempenhar um papel fundamental na manutenção da estabilidade clínica dos doentes e facilitar a sua integração na comunidade.

Palavras-chave: Hospital de Dia de Psiquiatria; programa terapêutico; reabilitação, Psychiatric Day Hospital; therapeutic program; recovery.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Stagnaro, J.C. (2012) The Day Hospital: History and Conceptualization. VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría, XXIII, 107-118.

Beorlegui, M.R.L., Hess, J.M., Amate, A.T., Baldomero, E.B., López, V.C., Cercós C.L., et al. (2000) Psychiatric Day Hospital Management Guide. In: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. <http://www.ingesa.mscbs.gob.es/fr/estadEstudios/documPublica/psiquiatrico.htm>

Shek, E., Stein, A.T., Shansis, F.M., Marshall, M., Crowther, R. and Tyrer, P. (2009) Day Hospital versus Outpatient Care for People with Schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4, Art. No.: CD003240. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003240.pub2>

Marshall, M., Crowther, R., Almaraz-Serrano, A., Creed, F., Sledge, W., Kluiter, H., Roberts, C., Hill, E., Wiersma, D., Bond, G.R., Huxley, P. and Tyrer, P. (2001) Systematic Reviews of the Effectiveness of Day Care for People with Severe Mental Disorders: (1) Acute Day Hospital versus Admission; (2) Vocational Rehabilitation; (3) Day Hospital versus Outpatient Care. Health Technology Assessment, 5, 1-75. <https://doi.org/10.3310/hta5210>

